

Aurich-Beerheide, Patrizia; Brussig, Martin; Schwarzkopf, Manuela

Research Report

Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten

Study der Hans-Böckler-Stiftung, No. 377

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Aurich-Beerheide, Patrizia; Brussig, Martin; Schwarzkopf, Manuela (2018) :
Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten, Study der Hans-Böckler-Stiftung, No. 377, ISBN
978-3-86593-288-4, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/182534>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

STUDY

Nr. 377 · September 2018

ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBSMINDERUNGS- RENTEN

Patrizia Aurich-Beerheide, Martin Brussig und Manuela Schwarzkopf

Diese Study erscheint als 377. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 377 · September 2018

ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBSMINDERUNGS- RENTEN

Patrizia Aurich-Beerheide, Martin Brussig und Manuela Schwarzkopf

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten“ von Patrizia Aurich-Beerheide, Martin Brussig und Manuela Schwarzkopf ist lizenziert unter **Creative Commons Attribution 4.0 (BY)**.

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative Commons Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-288-4

INHALT

Zusammenfassung	11
Vorwort	15
1 Gesellschaftlicher Hintergrund und Untersuchungsproblem	16
1.1 Einführung: Die Erwerbsminderungsrente als Teil der sozialstaatlichen Sicherung	16
1.2 Aktuelle Diskussionen um die Erwerbsminderungsrente	18
1.3 Fragestellungen und Stand des Wissens	22
1.4 Die Fragen der vorliegenden Untersuchung	30
2 Analyserahmen	34
2.1 Die Zugangssteuerung als eine Dimension von Sozialleistungen	34
2.2 Zum Begriff des Gatekeeping	35
2.3 Theoretische Perspektiven auf Gatekeeping	39
2.4 Fazit: Eine multiperspektivische Analyse	56
3 Die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten im historischen und internationalen Kontext	59
3.1 Einleitung: Inhalt und Ziel des Kapitels	59
3.2 Internationale Unterschiede	59
3.3 Herausbildung und Entwicklung der Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit in Deutschland	68
3.4 Langfristige Entwicklungen und regionale Unterschiede zur Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland	83
3.5 Fazit: Sonderfall Deutschland?	100
4 Rechtliche und organisatorische Grundlagen der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten	103
4.1 Rechtliche Grundlagen der Zugangssteuerung	104
4.2 Organisatorische Grundlagen der Zugangssteuerung	118

5 Regionale Fallstudien zur Praxis der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten	142
5.1 Die Untersuchungsregionen	142
5.2 Die Feststellung der Erwerbsminderung durch die Rentenversicherung	151
5.3 Vermutung und vorläufige Feststellung einer Erwerbsminderung durch Arbeitsagenturen und Jobcenter	228
5.4 Vermutung einer Erwerbsminderung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	254
5.5 Zusammenfassung: Das regionale Entscheidungsfeld und die Interaktion der Akteure	267
6 Analysen zur Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten	277
6.1 Der Aktivierungsanspruch des Erwerbsminderungsrentenrechts und dessen Umsetzung	277
6.2 Mechanismen der Zugangssteuerung	293
7 Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten: Zusammenfassung	313
7.1 Hauptergebnisse der Untersuchung	313
7.2 Sozialwissenschaftliche Bedeutung der Ergebnisse	321
7.3 Sozialpolitische Schlussfolgerungen	325
Literaturverzeichnis	331

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ein Modell zur Zugangssteuerung	38
Abbildung 2: Anteil der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten an den aktiv Versicherten, 1962 bis 2015	85
Abbildung 3: Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Versichertenrenten, 1962 bis 2015	87
Abbildung 4: Entwicklung der Zugänge in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	88
Abbildung 5: Bewilligungsquoten (1980 bis 2011) und Ablehnungsgründe (2000 bis 2013)	89
Abbildung 6: Rentenbezugszeiten von Erwerbsminderungsrenten, Männer und Frauen, 2001 und 2012	91
Abbildung 7: Durchschnittsalter beim Zugang in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters, 1960 bis 2015	92
Abbildung 8: Zugangsquote in Erwerbsminderungsrente und Arbeitslosigkeit, 1960 bis 2015	93
Abbildung 9: Zugangsquote in Erwerbsminderungsrenten 2012, nach Raumordnungsregionen (Männer und Frauen)	95
Abbildung 10: Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 2012, nach Raumordnungsregionen (Männer und Frauen)	96
Abbildung 11: Zusammenhänge zwischen Altersstruktur, Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung im Alter und Zugangsquote sowie Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten	98
Abbildung 12: Zusammenhänge zwischen Altersstruktur, Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung im Alter und Zugangsquote und Anteil der umgewandelten Erwerbsminderungsrenten	99
Abbildung 13: Beziehende von Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit, 2009 bis 2016	130
Abbildung 14: Ablaufmodell der Bearbeitung von EM-Rentenansprüchen in der Rentenversicherung	138

Abbildung 15: Stufen des Gatekeepings: Drei Funktionssysteme und ihre Entscheidungsbereiche	275
Abbildung 16: Inter- und intraorganisationale Abstimmung im Entscheidungsfeld „Erwerbsminderungsrente“	305

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sechs Idealtypen organisatorischer Entscheidungsfindung nach Michael Adler	43
Tabelle 2: Anteil der Ausgaben für Einkommensersatzleistungen bei Krankheit und Erwerbsminderung am Bruttoinlandsprodukt im europäischen Vergleich, 1990, 2000, 2007	62
Tabelle 3: Indikatoren für Kompensations- und Integrationspolitik	67
Tabelle 4: Rentenansprüche nach § 43 SGB VI	117
Tabelle 5: Gründe für die Antragstellung	119
Tabelle 6: Interviews für die regionalen Fallstudien	143
Tabelle 7: Zusammenfassung der Indikatoren für die Regionalauswahl	147
Tabelle 8: Ausgewählte Kreise in der Untersuchungsregion West	150
Tabelle 9: Ausgewählte Kreise in der Untersuchungsregion Ost	151
Tabelle 10: Organisationale Verankerung der Professionen	297
Tabelle 11: Technologien der Sozialen Dienstleistungsorganisationen im Entscheidungsfeld „Erwerbsminderungsrente“	300
Tabelle 12: Merkmale der Sozialen Dienstleistungsorganisationen im Entscheidungsfeld gesundheitlich geminderter Arbeits- und Leistungsfähigkeit	302

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst (BA)
ADV	Allgemeine Datenverarbeitung
AfA	Agentur für Arbeit
AHB	Anschlussheilbehandlung
AU	Arbeitsunfähigkeit
AuB-Stelle	Auskunfts- und Beratungsstelle
AU-RL	Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie
AVG	Angestelltenversicherungsgesetz, Versicherungsgesetz für Angestellte
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄD	Beratungsärztlicher Dienst
BBS	Begutachtungs- und Beratungs-Stellen
BBZ	Begutachtungs- und Beratungs-Zentren
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
bFM	beschäftigungsorientiertes Fallmanagement
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BU-Rente	Berufsunfähigkeitsrente
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EM	Erwerbsminderung
EMR	Erwerbsminderungsrente (auch: EMI-, Emi- oder EM-Rente)
EU-Rente	Erwerbsunfähigkeitsrente
GdB	Grad der Behinderung
gE	gemeinsame Einrichtung (Rechtskreis SGB II)
GIS	Geschäftsführer Interner Service (BA)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GO	Geschäftsführer Operativ (BA)
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HSB	Hauptsachbearbeiter_in
HWS	Hals-Wirbel-Säule
IAVG	Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ILO	International Labour Organization
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung
IP	Interviewte Person

IVG	Invalidenversicherungsgesetz
JC	Jobcenter
LSG	Landessozialgericht
LVA	Landesversicherungsanstalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung/Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PuS	Produktion und Service (Leistungsbereich der DRV Ost)
RB	Rechtsbehelfe (Leistungsbereich der DRV Ost)
Reha	Rehabilitation
RM	Reichsmark
ROR	Raumordnungsregion
RRG	Rentenreformgesetz
RV	Rentenversicherung
SB	Schwerbehinderte
SFB	sozialmedizinische Fallberatung
SGB	Sozialgesetzbuch
SLA	Service-Level-Agreements
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
SOMEKO	Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung
SV	Sozialversicherungspflichtig
VBE	Vollzeitbeschäftigteneinheit
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VFK	Vermittlungsfachkraft (BA)
VG	Vorsitzender der Geschäftsführung (BA)
zKT	zugelassener kommunaler Träger zur Wahrnehmung der Aufgaben nach SGB II

ZUSAMMENFASSUNG

Zentrale Frage der vorliegenden Untersuchung ist, wie Erwerbsminderungsrenten festgestellt werden bzw. wie die Vermutung einer geminderten Leistungsfähigkeit einer Person in die sozialstaatliche Leistung einer Erwerbsminderungsrente transformiert wird. Hierfür wird untersucht, wie das Entscheidungsfeld in sozialrechtlicher Hinsicht überhaupt beschaffen ist und welche Expert_innen genau mit welchem Entscheidungsschritt befasst sind. Außerdem werden Selbstverständnis, Handlungsrationitäten und Ressourcen der Expert_innen untersucht. Und schließlich wird danach gefragt, wie die unterschiedlichen Expert_innen aus verschiedenen Institutionen miteinander zusammenwirken. Der Schwerpunkt liegt auf der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit. Forschungsleitend ist die Annahme, dass die beteiligten Institutionen Kriterien haben, anhand derer sie die Leistungsfähigkeit beurteilen und auf diese Weise den Zugang in Erwerbsminderungsrenten steuern.

Die historisch vergleichende Analyse in dieser Untersuchung zeigt, dass seit der Reform des Erwerbsminderungsrentenrechts (2001) nur mehr die abstrakte Arbeitsfähigkeit versichert ist, die in täglichen Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestimmt wird. Demnach gilt als voll erwerbsgemindert, wer auf nicht absehbare Zeit aus gesundheitlichen Gründen täglich keine drei Stunden in irgendeiner Beschäftigung erwerbstätig sein kann; als teilweise erwerbsgemindert gilt, wer nur weniger als sechs Stunden leistungsfähig ist. Die Erwerbsminderungsrente kompensiert nicht die Minderung des erzielbaren Erwerbseinkommens, sondern die Minderung der allein in Stunden einer ausführbaren Tätigkeit gemessenen Erwerbsfähigkeit. Anders als bei der Einführung der „Invalidenrente“ im Jahr 1889 sichert die Erwerbsminderungsrente heute nicht die Unfähigkeit bzw. Minderung der Fähigkeit, einem Erwerb nachzugehen – also ein Einkommen aus Arbeit zu erzielen –, sondern sichert nur mehr den Verlust der Fähigkeit, eine regelmäßige Beschäftigung ausüben zu können.

Der Prozess der Zugangssteuerung ist stark verrechtlicht. Das ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass es sich bei der Erwerbsminderungsrente um eine Leistung handelt, auf die ein Anspruch besteht, sofern die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Befördert wird die Verrechtlichung durch eine sehr ausgeprägte Arbeitsteilung der Stellen, die an der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit einer leistungseingeschränkten Person beteiligt sind.

Die Wege in die Feststellung einer Erwerbsminderung vollziehen sich oft unter Mitwirkung mehrerer Sozialleistungsträger. Das gegliederte System ist in rechtlicher, organisatorischer und in alltagspraktischer Hinsicht außerordentlich komplex. Ein grundlegendes Re-Arrangement der Sozialleistungsträger im gegliederten System, welches das allgemein geteilte Ziel einer schnelleren und genaueren Feststellung der Erwerbsminderung (einschließlich einer Klärung der Zuständigkeit) erreichen würde und obendrein gleichermaßen einfach wie widerspruchsfrei ist, ist schwer vorstellbar. Dies liegt vor allem daran, dass die sozialpolitischen Ziele gegenüber der Erwerbsminderung widersprüchlich sind: Erwerbsminderungsfälle sollen nach Möglichkeit abgewendet werden, aber wenn sie einmal eingetreten sind, sollen sie akzeptiert und abgesichert werden. Diese Ziele stellen jeweils unterschiedliche Anforderungen an das gegliederte System.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente nicht allein aus den rechtlichen Regelungen und den Beziehungen der Sozialleistungsträger im gegliederten System zueinander erklärbar ist. Auch eine Konzentration lediglich auf die fiskalischen Interessen der Sozialleistungsträger wäre verkürzt. Vielmehr sind binnenorganisatorische und professionsbezogene Abstimmungsprozesse zu berücksichtigen, die die wechselseitigen Interaktionen der Träger und deren Entscheidungen beeinflussen. Zu den markantesten binnenorganisatorischen und professionsbezogenen Faktoren gehören:

- Zeitvorgaben für einzelne Prozessschritte, insbesondere die Erstellung von medizinischen Gutachten
- Bewirtschaftung der Ressourcen für eine sozialmedizinische Begutachtung
- die Organisation der Begutachtung durch interne (in der Organisation angestellte) Mediziner_innen oder durch externe, vom Leistungsträger eigens beauftragte, Ärzt_innen
- Kommunikationsprobleme zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen.

Ressourcenbewirtschaftung und Zeitvorgaben bergen das Risiko ungenauer Gutachten bzw. einer sachlich unzureichenden Fallbearbeitung. Es liegt auf der Hand, dass hieraus Chancenunterschiede für Antragstellende und Steuermöglichkeiten für Träger erwachsen, die dem legitimen Anspruch der Versicherten auf eine gleiche Behandlung zuwiderlaufen.

Dem sozialmedizinischen Gutachten kommt im Verfahren eine entscheidende Bedeutung zu. Damit werden die sozialmedizinischen Gutachter_in-

nen in vielen Fällen praktisch zu Entscheidern. Häufig stimmen Gutachter der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung in ihren Stellungnahmen nicht überein, wenngleich nicht geklärt werden konnte, wie häufig dies der Fall ist. Bewertungsunterschiede in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit werden in der Regel einvernehmlich gelöst, wobei sich der Gutachter bzw. die Gutachterin jenes Trägers durchsetzt, der bzw. die mehr Ressourcen (besser begründete Gutachten) mobilisieren kann. Die einvernehmliche Lösung wird dadurch begünstigt, dass Angehörige derselben Profession, nämlich Mediziner_innen, versuchen, sich zu einigen. Die Gutachter_innen der beiden Träger (BA und Rentenversicherung) verständigen sich im Wissen um die rechtlichen Rahmenbedingungen, d.h. die Gutachter_innen des Ärztlichen Dienstes der BA wissen, dass im Divergenzverfahren das Letztentscheidungsrecht bei der Rentenversicherung liegt.

Organisation und Verfahren der verschiedenen Rentenversicherungsträger weisen eine erhebliche Varianz untereinander auf. Sie unterscheiden sich in der Organisation der Begutachtung (Schwerpunkt auf interne bzw. externe Begutachtung) und in dem Stellenwert, dem sie dem Benchmarking (dem Leistungsvergleich der Träger der Rentenversicherung untereinander) beimessen. Ein weiterer Unterschied wurde in der Bewertung von Widersprüchen und Klagen durch die Rentenversicherung sichtbar. Es war nicht Ziel des Projektes – und lässt sich nicht nachträglich realisieren –, diese Unterschiede zu bewerten. Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung und in der Folge auch auf die Chancen, dass eine Erwerbsminderungsrente festgestellt wird. Hingegen konnten keine Anhaltspunkte dafür gefunden werden, dass in der Bewertung der Erwerbsfähigkeit und der Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten nach Budgets gesteuert wird. Vielmehr erfolgt die Steuerung der Bewertung der Erwerbsfähigkeit über professionsbezogene Mechanismen, nämlich durch Einarbeitung, Weiterbildung und Monitoring.

Zu den Ergebnissen der Untersuchung gehört schließlich, dass die als im Hinblick auf Erwerbstätigkeit aktivierend gedachten Elemente des neuen Erwerbsminderungsrentenrechts (teilweise Erwerbsminderungsrente, befristete Erwerbsminderungsrente, Wegfall des Berufsschutzes) kaum unterstützend für die Betroffenen zum Tragen kommen. Dies ist in der Organisation der Interaktion der Rentenversicherung mit den Versicherten, der Ressourcenverwendung der Rentenversicherung und der Beteiligung der BA begründet.

Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung lassen sich Vorschläge zur Weiterentwicklung der Sicherung bei Erwerbsminderung begründen. Sie be-

ziehen sich auf die Abläufe in der Zugangssteuerung, auf die Rechte der Versicherten in der Begutachtung und auf den sozialpolitischen Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen außerhalb der Erwerbsminderungsrente. Darüber hinaus scheint es notwendig, die sozialpolitischen Ziele einer Sicherung gegen Erwerbsminderung neu zu klären.

VORWORT

Die vorliegende Untersuchung hatte ihren Ausgangspunkt in der Beobachtung, dass die regionalen Zugangschancen in die Erwerbsminderungsrente kaum mit den regionalen Arbeitsmarktchancen zusammenhängen. Dies erschien erklärungsbedürftig, soll die Erwerbsminderungsrente doch das Risiko einer fehlenden Erwerbsfähigkeit abdecken. Die Chancen, einem Erwerb nachgehen zu können, sind in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit schlechter, sodass ein Zusammenhang zu erwarten wäre.

Vor diesem Hintergrund begannen wir zu untersuchen, wie die Vermutung einer fehlenden Erwerbsfähigkeit in die sozialstaatliche Leistung einer Erwerbsminderungsrente transformiert wird. Im Ergebnis zeigt sich, dass nicht nur die rechtlichen Rahmenbedingungen darauf ausgerichtet sind, das Erwerbsminderungsrisiko als ein individuelles gesundheitliches Risiko zu definieren und das Arbeitsmarktrisiko getrennt davon als ein konjunkturelles und wirtschaftsstrukturelles Risiko zu fassen. Auch durch die Organisation der beteiligten Sozialleistungsträger und deren Interaktion miteinander lässt sich der Zugang in Erwerbsminderungsrenten steuern. Diese Prozesse werden in der öffentlichen Diskussion um Erwerbsminderungsrenten kaum beachtet. Einmal rekonstruiert, ergeben sich aber Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung von Erwerbsminderungsrenten, die dem Spagat zwischen verbesserter Sicherung bei Erwerbsminderung und einer verbesserten Erwerbsintegration von erwerbsgeminderten Personen gerecht zu werden versuchen.

Unser Forschungsvorhaben wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung unterstützt, die das Vorhaben nicht nur großzügig gefördert hat, sondern auch flexibel auf die Unwägbarkeiten empirischer Forschungsprojekte eingegangen ist. Unser herzlicher Dank richtet sich an Dr. Dorothea Voss, Abteilungsleiterin der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Das Projekt wurde durch einen Projektbeirat begleitet, der sich die ganze Zeit sehr engagiert eingebracht hat. Wir danken Dr. Andreas Bahemann, Prof. Katharina Böhm, Dr. Stephan Fasshauer, Dr. Annette Müller-Garnn, Melanie Grunow, Eckehard Linnemann, Martin Mathes, Prof. Jürgen Steinwedel, PD Dr. Heiner Vogel, Prof. Dr. Andreas Weber und Prof. Dr. Felix Welti. Sie haben nicht nur angeregt, kommentiert und nachgefragt, sondern zudem bereitwillig geholfen, den Zugang zu Sozialleistungsträgern anzubahnen. Ohne die Auskunftsbereitschaft und Offenheit der Gesprächspartner_innen in der Rentenversicherung, der Arbeitsagentur und weiteren Einrichtungen hätte diese Studie nicht geschrieben werden können. Ihnen gilt unser ganz besonderer Dank!

1 GESELLSCHAFTLICHER HINTERGRUND UND UNTERSUCHUNGSPROBLEM

1.1 Einführung: Die Erwerbsminderungsrente als Teil der sozial-staatlichen Sicherung

Die soziale Sicherung gegen das Risiko der Erwerbsunfähigkeit ist eine der zentralen Leistungen moderner Gesellschaften. Historisch war in Deutschland die Rentenversicherung als erste der modernen staatlichen Sozialversicherungssysteme vorgesehen. Als sie schließlich – nach der Unfallversicherung und der Krankenversicherung – 1889 verabschiedet wurde und 1891 in Kraft trat, wurde in der Bezeichnung des Gesetzes, dem „Gesetz, die Invaliden- und Alterssicherung betreffend“, der Schutz gegen Erwerbsunfähigkeit noch vor der Alterssicherung genannt. Unter der Bedingung freier Arbeitsmärkte, nach der Auflösung persönlicher Abhängigkeit aus ständischen und feudalen Bindungen und dem Verlust eigener Produktionsmittel sind Menschen darauf angewiesen, allein durch den Einsatz ihrer Arbeitskraft ein Erwerbseinkommen zu erzielen, um ihre Existenz zu sichern. Die Sicherung gegen Erwerbsunfähigkeit ist eine Voraussetzung für die dauerhafte Existenz freier Arbeitsmärkte; erst die „De-Kommodifizierung“ von Arbeitskraft – die Zügelung von Marktkräften auf dem Arbeitsmarkt – hat den Fortbestand moderner liberaler Gesellschaften ermöglicht (Polanyi 1944).

Das Risiko der Erwerbsunfähigkeit, also das Risiko, die Arbeitskraft aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft nicht mehr für Erwerbsarbeit einsetzen zu können, ist gegen drei verwandte Erwerbsrisiken abzugrenzen: Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter.

Der zentrale Unterschied zwischen Krankheit und Erwerbsunfähigkeit besteht in der Dauer der Auswirkungen der gesundheitlichen Leistungseinschränkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie ist bei einer Krankheit vorübergehend, bei einer Erwerbsunfähigkeit hingegen dauerhaft. Durch den medizinischen Fortschritt, aber auch durch Arbeitsgestaltung und den Wechsel auf andere Arbeitsplätze lässt sich die Dauerhaftigkeit der erwerbsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen nicht ein für alle Mal festlegen. Ähnlich verhält es sich mit dem Risiko der Arbeitslosigkeit: Unter günstigen Arbeitsmarktbedingungen finden Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine Arbeit, die unter ungünstigen Arbeitsmarktbedingungen wegen der gesundheitlichen Einschränkungen ohne Arbeit bleiben. Auch hier ist die

Abgrenzung unscharf. Aufgrund des demografischen Wandels steigen die Altersgrenzen in der Alterssicherung. Es ist zu erwarten, dass mit steigenden Altersgrenzen von Altersrenten einige Personen erwerbsgemindert sind, die bei niedrigeren Altersgrenzen in Altersrenten gewechselt wären, ohne dass ihre Erwerbsminderung sichtbar geworden wäre. Aufgrund des demografischen Wandels dürfte die Personengruppe mit Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit am Ende des verlängerten Erwerbslebens größer werden.

Wie verbreitet die Erwerbsunfähigkeit innerhalb einer Gesellschaft ist, wird also auch von der Ausgestaltung der Sicherung bei Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter beeinflusst. Der Geltungsbereich der Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit wird mithin gesellschaftlich laufend in Frage gestellt, neu justiert, bestätigt oder verändert. Dabei geht es ausdrücklich nicht nur um die Höhe bzw. das Niveau der Erwerbsminderungsrente, sondern auch und zunächst um die Bedingungen, unter denen die soziale Sicherung greift.

Damit sind Gerechtigkeits-Fragen berührt. Sie beziehen sich zum einen auf die Lastenverteilung zwischen den unterschiedlichen Systemen der sozialen Sicherung. Sind Risiken, Kosten und Leistungen sachgerecht zugeordnet? Zum Zweiten geht es um die Lastenverteilung zwischen Beitragszahlenden und Leistungsbeziehenden innerhalb eines Systems: Sind die Kosten in einer Höhe, dass sie für die Beitragszahlenden tragbar sind, und werden die Leistungen unter Bedingungen und in einer Höhe gewährt, dass sie dem Sicherungsziel gerecht werden? Sind Kosten und Leistungen in einem Verhältnis, das von den Beteiligten als angemessen bewertet wird, oder müssen die Beitragszahlenden hohe Kosten bei einem geringen und eng gefassten Leistungsversprechen tragen? Zum Dritten beziehen sich die Fairness-Fragen auf Zugangschancen. Gerade bei der Erwerbsminderungsrente, die auf einer individualisierten Leistungsfeststellung beruht, stellt sich die Frage, ob alle Antragsteller_innen gleich behandelt werden und ob sich verschiedene Zugangskonstellationen unterscheiden. Hier ist insbesondere von Bedeutung, ob die unterschiedlichen Träger des Sozialversicherungssystems (Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) unterschiedlich vorgehen und damit die Chancen von Personen davon beeinflusst sind, welcher Träger für sie zuständig ist.

Der vorliegende Forschungsbericht behandelt die Frage, wie eine Erwerbsminderung praktisch festgestellt wird und welche Rahmenbedingungen diesen Prozess beeinflussen. Der Begriff der „Feststellung“ wird in seiner Doppelbedeutung von „Definition“ und „Ermittlung“ gebraucht. Untersucht wird demnach sowohl, wie die Erwerbsminderung als generelles Konzept definiert wird, als auch, wie das Vorliegen einer Erwerbsminderung individuell

ermittelt wird. Hierbei geht es nicht in erster Linie darum, wie die Feststellung einer Erwerbsminderung sozialrechtlich konzipiert ist, auch wenn dies ein notwendiger Hintergrund zum Verständnis der sozialen Sicherung ist. Vielmehr geht es um die Praxis in der Feststellung der Erwerbsminderung durch die Akteure der sozialen Sicherung. Hierfür wird der Begriff der Zugangssteuerung entwickelt, die von institutionellen Bedingungen, organisatorischen Abläufen sowie von strategischen Interessen und leitenden Gerechtigkeitsvorstellungen geprägt ist (siehe Kapitel 2). Eine Untersuchung über die praktische Feststellung einer Erwerbsminderung verspricht Aufschluss über die Leistungsfähigkeit des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Gerade die Erwerbsminderungsrente ist wegen ihrer Zentralität des versicherten Risikos, aber auch wegen der unscharfen Ränder zu verwandten Arbeitsmarktrisiken ein besonders aufschlussreiches Beispiel für die Funktionsweise der sozialen Sicherung.

1.2 Aktuelle Diskussionen um die Erwerbsminderungsrente

Die aktuellen Diskussionen um die Erwerbsminderungsrente in Deutschland lassen erkennen, dass die Sicherungsleistung weithin als unzureichend angesehen wird. Dies lässt sich anhand von Studien zur sozioökonomischen Lage von Erwerbsgeminderten, dem Wandel der Diagnosen bei einer Erwerbsminderung, der Instabilität von Erwerbsbiografien und dem Personenkreis der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen nachzeichnen.

Sozioökonomische Lage von Erwerbsgeminderten: Die bisher umfangreichste Untersuchung zur sozioökonomischen Lage von Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, wurde 2011 von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012, 2015). Ermittelt wurde ein durchschnittlicher Rentenzahlbetrag von 661 Euro pro Monat. In Single-Haushalten macht dies den überwiegenden Teil des Einkommens aus, in Mehrpersonenhaushalten gibt es überwiegend weitere Einkommen. Die Betroffenheit von Armut ist hoch:

„36,5 Prozent aller Personen in den Haushalten der befragten Erwerbsminderungsrentner(innen) sind armutsgefährdet, während es in der deutschen Bevölkerung nach Daten des SOEP für 2010 insgesamt nur 14 Prozent waren. 21,1 Prozent sind von strenger Armut betroffen. In der Bevölkerung waren es lediglich 7 Prozent“ (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012, S. 62).

Die Autoren führen weiterhin aus:

„Mit einer durchschnittlichen Höhe von 660 Euro gewährleistet die Erwerbsminderungsrente allein allerdings in der Regel keine ausreichende materielle Absicherung des Haushalts. Auf eine zusätzliche Absicherung durch Leistungen aus der zweiten oder dritten Säule kann jeweils nur circa ein Zehntel der Betroffenen zurückgreifen. Als bedeutsamer erweisen sich Einkünfte anderer Haushaltsmitglieder. Dass es auch mit den Einkünften des Haushalts insgesamt jedoch nicht in allen Fällen möglich ist, das soziokulturelle Existenzminimum zu erreichen, zeigen die vergleichsweise hohen Bezugsquoten staatlicher Leistungen (bekämpfte Armut). Eine Kompensation des Einkommensausfalls infolge der Erwerbsminderung wird somit offensichtlich in vielen Fällen weder auf der individuellen noch auf der Haushaltsebene erreicht“ (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012, S. 62; ähnlich bereits Rische 2010, Köhler-Rama/Lohmann/Viebrok 2011, Bäcker/Stapf-Finé/Kistler 2011).

Nur ein Zehntel der Personen, die in Haushalten von Erwerbsminderungsrentner_innen leben, kommt gut oder sehr gut mit den verfügbaren Einkommen zurecht. „Mehr als die Hälfte schätzt das finanzielle Zurechtkommen als relativ schlecht, schlecht oder sehr schlecht ein. In der Bevölkerung sind diese Einschätzungen laut Daten der Studie EU-SILC für 2011 deutlich positiver (35 Prozent sehr gut oder gut, 21 Prozent relativ schlecht, schlecht oder sehr schlecht)“ (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2015, S. 72). Infolge der schlechten materiellen Lage ist eine „deutliche Deprivation der Erwerbsgeminderten und ihrer Haushalte“ festzustellen (ebd., S. 73), wozu auch gehört, „dass rund ein Drittel der erwerbsgeminderten Personen und ihrer Haushaltsangehörigen im Jahr vor der Befragung mindestens einmal in Zahlungsschwierigkeiten kam, so dass Miete, Rechnungen oder Raten nicht rechtzeitig gezahlt werden konnten“ (ebd.).

Wandel der Diagnosen bei einer Erwerbsminderung: Schon seit längerem nehmen psychische Erkrankungen zu. Dies schlägt sich auch in den Rentenzugängen der Erwerbsminderungsrenten nieder. „So ist der Anteil der Zugänge aufgrund der psychischen Erkrankungen von 26,8 % im Jahr 2001 über 35,6 % im Jahr 2008 auf nunmehr 37,7 % im Jahr 2009 gestiegen“ (Dannenberg et al. 2010, S. 286). Seit 2009 sind psychische Erkrankungen nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern die häufigste Diagnose bei Erwerbsminderungsrenten (ebd.). Verrentungen wegen psychischer Erkrankungen erfolgen im Schnitt geringfügig später als die übrigen Verrentungen in Erwerbsminderungsrenten (48,05 gegenüber 47,95 Jahren im Jahr 2009, ebd.).

Die Gründe für die anteilig häufigeren Verrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind nicht vollständig aufgeklärt und gegeneinander abgewogen. Infrage kommen Veränderungen der Arbeitswelt mit steigenden

psychischen Belastungen, aber ebenso eine Enttabuisierung, psychische Krankheiten als solche zu benennen und von Ärzt_innen entsprechend zu behandeln. Denkbar ist auch, dass sich die Kriterien für die Diagnose psychischer Krankheiten verändert haben und Leiden, die früher nicht als psychische Leiden erfasst worden wären, nun als solche klassifiziert werden. Ein weiterer möglicher Grund ist, dass bei der Diagnose für die Berentung nur die Erstdiagnose berücksichtigt wird; möglicherweise werden psychische Erkrankungen zunehmend als Erstdiagnose genannt und waren früher bereits als Zweitdiagnose erfasst.

Aus welchen Gründen auch immer ein Wandel in den Diagnosen für eine Erwerbsminderung stattfindet, stets ist die Sicherungsleistung, die durch das System der Erwerbsminderungsrenten gewährleistet wird, berührt. So kann die sozialmedizinische Begutachtung im Vergleich zu somatischen Erkrankungen schwieriger und damit das Risiko der psychischen Erkrankung schlechter abgesichert sein. Die betroffenen Personen können sich sozialstrukturell unterscheiden, z. B. besser qualifiziert sein, wodurch – bei höheren Verdiensten – die Leistungen der Rentenversicherungen höher ausfallen, aber auch der wirtschaftliche Schaden größer ist, der durch die Erwerbsminderung besser qualifizierter Beschäftigter entsteht. Und schließlich können die Krankheitsverläufe andere sein (später einsetzen, länger oder kürzer andauern), und die Rehabilitationsbedarfe bzw. Rückkehrchancen in eine (andere) Tätigkeit können sich unterscheiden.

Brüchige Erwerbsbiografien und fehlende versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Eine Erwerbsminderung entwickelt sich oft über einen längeren Zeitraum. Dies kann dazu führen, dass aufgrund von Tätigkeitswechseln und Krankheit der Verdienst schon zurückgeht, bevor eine Erwerbsminderung festgestellt wird. Die Höhe des Rentenanspruchs bemisst sich an den bisher erworbenen Anwartschaften. Sie sind – zumindest in der letzten Zeit der Erwerbstätigkeit – mitunter aber bereits aufgrund der einer Erwerbsminderung vorausgehenden gesundheitlichen Einschränkungen reduziert. Vor diesem Hintergrund hatte die Deutsche Rentenversicherung einen Vorschlag entwickelt, demzufolge für die letzten vier Jahre vor der Erwerbsminderung eine Günstigerprüfung eingeführt werden sollte. Demnach wird geprüft, ob die Rente höher ausfällt, wenn die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung nicht berücksichtigt werden. Dieser Vorschlag wurde mit dem „Rentenpaket 2014“ übernommen und ist seit dem 01.07.2014 für Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten in Kraft.

Grundsätzlich bleibt aber bestehen, dass vom Schutz gegen Erwerbsminderung grundsätzlich nur (abhängig beschäftigte) Erwerbstätige erfasst wer-

den. Scheidet jemand aufgrund von gesundheitlichen Problemen (oder aus anderen Gründen) aus Erwerbstätigkeit aus und es gelingt nach einem längeren Zeitraum aus gesundheitlichen Gründen nicht, wieder in Erwerbstätigkeit zurückzukehren, besteht kein Versicherungsschutz mehr. In den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung müssen mindestens 36 Monate in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zurückgelegt worden sein. Wie weiter unten gezeigt werden wird (siehe Kapitel 3), hat die Einführung dieser versicherungsrechtlichen Voraussetzung Mitte der 1980er-Jahre zum bislang schärfsten Einschnitt in den Zugang in Erwerbsminderungsrenten aufgrund eines einzelnen Ereignisses geführt. Mit der Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und der Zunahme diskontinuierlicher Erwerbsbiografien stellt sich nun die Frage neu, ob der Versicherungsschutz der Erwerbsminderungsrente tatsächlich die aktuell typischen Erwerbsminderungsrisiken in ausreichender Breite abdeckt.¹

Ein großer Personenkreis von leistungsgeminderten Arbeitslosen: Untersuchungen zeigen seit langem, dass unter Arbeitslosen gesundheitliche Probleme weit verbreitet sind (siehe z. B. Holleder 2002, Holleder 2011, Beste/Bethmann/Gundert 2014). Nahezu die Hälfte der Arbeitslosengeld II-Beziehenden (nicht notwendigerweise arbeitslos) weist gesundheitliche Einschränkungen auf; dies entspricht über einer Million Personen (Obermeier et al. 2013, S. 20 f.; Beste/Bethmann/Gundert 2014, S. 6). Einer Befragung von Arbeitslosengeld II-Beziehenden von 2007 zufolge hat sich fast jeder Fünfte als nicht voll erwerbsfähig eingestuft (selbst eingeschätzte tägliche Leistungsfähigkeit unter drei Stunden: 4,9 Prozent, zwischen drei und unter sechs Stunden: 14,0 Prozent, siehe Brussig/Knuth 2011, S. 79). Diese Angabe beruht zwar auf Selbsteinschätzungen und nicht auf amtsärztlichen Gutachten. Es stellt sich aber die Frage, ob eine Erwerbsminderung angemessen festgestellt wird, wenn es in großer Zahl Personen gibt, die sich selbst als erwerbsgemindert bezeichnen und seit langem auch tatsächlich nicht erwerbstätig sind.

Zusammenfassend gibt es mehrere Diskussionsstränge, in denen die Leistungsfähigkeit der Erwerbsminderungsrente als eine soziale Sicherung, die modernen Arbeitsmärkten und Arbeitsmarktrisiken angemessen ist, thematisiert wird. Diese Diskussionen betonen unbestrittene Tatsachen – das hohe

1 Tatsächlich ist in den Jahren 2004/2005 ein sprunghafter Anstieg von abgelehnten Erwerbsminderungsrenten aufgrund fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen auf ein Niveau zu verzeichnen, das bis ca. 2012 anhielt. Es liegt nahe, hier weniger einen Zusammenhang zu brüchigen Erwerbsbiografien zu vermuten als vielmehr die vorübergehende Einbeziehung von Arbeitslosengeld II-Beziehenden in den vollen Versicherungsschutz der Rentenversicherung, siehe ebenfalls Kapitel 3.

Armutrisiko, den demografischen Wandel der von Erwerbsminderung Betroffenen, die fragliche Abdeckung aller relevanten Erwerbsmuster und den hohen Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen unter Arbeitslosen –, aber die Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Erwerbsminderungsrente sind nicht klar. Vorschläge zur Weiterentwicklung der Erwerbsminderungsrente müssen berücksichtigen, wie eine Erwerbsminderung sowohl rechtlich-institutionell als auch organisatorisch festgestellt wird. Gerade in dieser Hinsicht ist der Forschungsstand jedoch unterentwickelt (siehe den folgenden [Abschnitt 1.3](#)).

1.3 Fragestellungen und Stand des Wissens

1.3.1 Ausgangspunkt: Strukturen der sozialen Sicherung und von Arbeitsmärkten und die Handhabung institutioneller Regelungen als Erklärungen zur Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten

Das vorliegende Forschungsprojekt knüpft an zwei Stränge der sozialwissenschaftlichen Forschung von Erwerbsminderungsrenten als sozialstaatliche Leistung an. Zum einen gibt es seit längerem die Erkenntnis, dass sich Zugangsquoten in Erwerbsminderungsrenten sowohl international als auch regional stark unterscheiden. Unterschiede in den Zugangsquoten werden einerseits manchmal festgemacht an der Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme, die unterschiedliche Anreize setzen und verschiedene Wege ermöglichen, eine EM-Rente zu erlangen. Gleichzeitig wird darüber debattiert, dass auch Arbeitsmärkte den Rentenzugang beeinflussen, da diese entscheidend dafür sind, welche Beschäftigungschancen ein Mensch mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer jeweiligen Region hat. Chancen- bzw. Risikostrukturen ergeben sich also aus dem System der sozialen Sicherung als auch aus den Arbeitsmarktbedingungen. Die zweite Erkenntnis aus der Forschung betrifft die Umsetzung von Sozialpolitik („Governance“). Hierzu gibt es eine seit dem Erscheinen von Michael Lipskys Werk zur „street-level bureaucracy“ (1980) entstandene Forschungstradition, welche die Umsetzung von Sozialpolitik auf den unteren Verwaltungsebenen eines Staates untersucht. Je nach Profession, Ressourcen und Handlungsspielräumen kann die Umsetzung von Politik innerhalb eines Rechtsraumes variieren. Darüber hinaus sind manche Politiken stark dezentralisiert, sodass die Umsetzung der Politik nicht nur auf untere Verwaltungsebenen verlagert wird, sondern auch in

räumlicher Hinsicht gestreut wird. So wird ermöglicht, dass dezentrale Einflussfaktoren, wie z. B. lokale Arbeitsmärkte oder lokale Erwerbskulturen, einen Einfluss darauf haben, wie gesetzliche Regelungen umgesetzt bzw. gehandhabt werden. Diese Handlungsspielräume und ihre Determinanten sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen in verschiedenen Feldern der Sozialpolitik (aktuell etwa Kazepov 2010; Heidenreich/Rice 2016). Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über beide Forschungsstränge, also die Forschung zu Unterschieden im Sozialleistungsbezug und ihr Zusammenhang mit Arbeitsmarktstrukturen einerseits und die Forschung zur Umsetzung von Sozialpolitik auf untergesetzlichen Ebenen andererseits, gegeben, um darauf aufbauend genauer beschreiben zu können, welche Forschungslücke dieses Vorhaben zu schließen versucht.

1.3.2 Institutionelle Unterschiede und sozialstrukturelle Faktoren

Verschiedene Studien zeigen, dass sich der Sozialleistungsbezug aufgrund von Erwerbsminderung international stark unterscheidet (Börsch-Supan/Brugiavini/Croda 2009; Erlinghagen/Zink 2008; Konle-Seidl 2009; siehe auch unten [Abschnitt 3.2](#)). Diese Unterschiede lassen sich zu einem großen Teil *institutionell* erklären: Beispielsweise stellt Deutschland im internationalen Vergleich relativ hohe Anforderungen an eine Erwerbsminderung, weshalb die Wahrscheinlichkeit, als erwerbsgemindert eingeordnet zu werden, in anderen europäischen Wohlfahrtsstaaten wie etwa dem Vereinigten Königreich oder den Niederlanden signifikant größer ist (Erlinghagen/Zink 2008). Die institutionalisierten Zugangsvoraussetzungen unterscheiden sich darin, ob sie erkrankte oder behinderte Menschen, die nicht erwerbstätig sind, entweder der Arbeitslosenversicherung (oder einem anderen erwerbsorientierten Sicherungssystem) zuweisen, oder ob ein System für die Sicherung bei Erwerbsminderung (sei es eine Rente oder Krankengeld) zuständig ist. So gilt in Deutschland als erwerbsfähig, wer noch mindestens drei Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche einer Tätigkeit nachgehen kann (Götz/Roth/Chojetzki 2011; siehe ausführlich [Kapitel 4](#)). In Großbritannien liegt diese Grenze bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden, in Dänemark bei einer Stunde pro Woche. Die Spannweiten unterscheiden sich also enorm, und es leuchtet unmittelbar ein, dass in unterschiedlichen Ländern Personen mit gleicher täglicher Arbeitsfähigkeit in unterschiedliche Systeme eingeordnet sein können. Den empirischen Zusammenhang zwischen institutionellen Bedingungen und Bezugsrate zeigen u. a. Börsch-Supan/Brugiavini/Croda (2009). Ein

Problem in diesem Forschungsfeld ist die Tatsache, dass der Einfluss von anderen Faktoren als den institutionellen nur schwer isoliert zu erfassen ist. Denn zwischen den Ländern unterscheiden sich ja nicht nur die Bedingungen für eine Erwerbsminderungsleistung, sondern etwa auch die Beschäftigungschancen, die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung und die Verbreitung von gesundheitlichen Einschränkungen. Um die Tragfähigkeit des institutionenbezogenen Arguments zu prüfen, müsste daher der institutionelle Rahmen konstant sein, damit die Auswirkungen von Sozialstruktur, Demografie und Gesundheit gemessen werden können. Hierfür sind wiederum Studien geeignet, die Unterschiede innerhalb eines Rechtsraumes untersuchen.

Eine andere Interpretation – die teilweise auch eine Antwort auf das Defizit der international vergleichenden Untersuchungen ist, die weitere Unterschiede (neben den institutionellen Unterschieden) auf nationaler Ebene nicht herausarbeiten können – sieht strukturelle Unterschiede im Zugang in Erwerbsminderungsrenten weniger in den institutionellen Bedingungen der sozialen Sicherung begründet als vielmehr in der Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarkts. Empirisch wurden diese Zusammenhänge insbesondere für industriell geprägte Arbeitsmärkte in Großbritannien nachgewiesen, wo der Strukturwandel zu besonders drastischen Arbeitsplatzverlusten geführt hat (Beatty/Fothergill 2013), oder auch für die USA, wo sich je nach Konjunkturlage die Zugänge in “disability benefits” jeweils erhöht (Abschwung) oder reduziert haben (Aufschwung). Insbesondere in Bezug auf regionale Unterschiede in den Zugangsquoten stellt ein Teil der Literatur vor dem Hintergrund eines einheitlichen institutionellen Kontextes auf die lokale Arbeitsmarktlage ab (Beatty/Fothergill 2013). Die Fluktuation am Arbeitsmarkt, die Verfügbarkeit von Schonarbeitsplätzen, die Tätigkeitsprofile und deren Auswirkungen auf die Gesundheit sowie die regionale Arbeitslosigkeit werden hier als Einflussfaktoren genannt. Insbesondere der letzte Punkt wird immer wieder diskutiert: Dabei wird davon ausgegangen, dass wenn eine hohe Arbeitslosigkeit herrscht, der Druck auf den Arbeitsmarkt zunimmt und dies dazu führt, dass Bewerber_innen mit gesundheitlichen Einschränkungen schlechtere Chancen haben als gesunde Bewerber_innen. Zudem wird davon ausgegangen, dass in Krisensituationen Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen eher ihre Beschäftigung verlieren. Je größer die Konkurrenz, desto wahrscheinlicher sei es, dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus Beschäftigung in Systeme der sozialen Sicherung ausgesteuert werden. Beatty/Fothergill/MacMillan (2000) haben diesen Zusammenhang theoretisch dargestellt. Aus ihrer Sicht führen industriell ge-

prägte Arbeitsmärkte zu “hidden sickness”, solange die Arbeitsplätze erhalten bleiben. Demnach bleiben gesundheitlich angeschlagene Arbeitskräfte möglichst in ihrer Beschäftigung und versuchen, sich mit den Belastungen zu arrangieren. Kommt es jedoch zu einer Arbeitsmarktkrise, dann bestehen Anreize für Betriebe, betroffene Beschäftigte und sozialpolitische Akteure, diese gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräfte in ein Erwerbsminderungssystem zu überführen. Es entlastet Firmen, Beschäftigte und nicht zuletzt die Arbeitsmarktstatistik (insbesondere in Bezug auf die ILO-Definition von Arbeitslosigkeit). Mitunter wird vermutet, dass der Arbeitsmarkterfolg einiger Länder in den letzten beiden Jahrzehnten auch mit einer durchlässigeren Politik im Bereich der Erwerbsminderungsrente zu tun haben könnte, mithilfe derer die geringe Aufnahmefähigkeit der jeweiligen Arbeitsmärkte zu kompensieren versucht wurde (Konle-Seidl 2009). Wenn in den Leistungssystemen für Erwerbsminderung jedoch Arbeitskräfte sind, die unter anderen Arbeitsmarktbedingungen erwerbstätig sein könnten, lässt sich dieses Phänomen wiederum als “hidden unemployment” beschreiben. Mit den Begriffen der “hidden sickness” bzw. “hidden unemployment” wird verdeutlicht, dass die Zuordnung zu einem Sicherungssystem nicht notwendigerweise mit der Art des sozialen Risikos, das dadurch abgedeckt werden soll, übereinstimmt. Aus sozialpolitischer Sicht wäre dies problematisch, weil in jedem Sicherungssystem nicht nur Geldleistungen gezahlt werden, sondern auch Dienstleistungen vorgehalten werden, die auf die Art des Risikos abgestimmt sind, also etwa Vermittlungs- und Erwerbsintegrationsleistungen im Sicherungssystem bei Arbeitslosigkeit. Diese Dienstleistungen wären zumindest nicht unmittelbar für jene Personen zugänglich, die „falsch“ zugeordnet sind.

Diese Verschiebungen zwischen den Systemen sind Folge unterschiedlicher Interessen und insofern nicht immer Ausdruck einer funktionalen Interpretation von Bedarf. Brussig/Knuth (2013) konnten für Deutschland zeigen, dass obwohl Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland häufig als „arbeitslos“ klassifiziert werden, diese Gruppe tendenziell deutlich weniger aktiviert wird, so dass sich die Distanz zum Arbeitsmarkt während der Arbeitslosigkeit möglicherweise noch verschärft und sich eine “hidden sickness” innerhalb der Arbeitslosenversicherung etabliert.

Von dieser institutionellen Perspektive unterscheiden sich theoretische Ansätze, die einen Bezug zur *Sozialstruktur* aufzeigen. So gibt es beispielsweise zur Auswirkung des regionalen Gesundheitsprofils unterschiedliche Theorien. Zum einen wird hier auch ein Arbeitsmarktbezug angenommen: Je nach Wirtschaftsstruktur der jeweiligen Region variieren die gesundheitli-

chen Probleme in der Bevölkerung, wobei es mehr körperliche Beschwerden in industriell geprägten Regionen gibt (Anyadike-Danes 2010). Gleichzeitig führe der Anstieg von psychischen Erkrankungen zu größerer Unsicherheit bei der Feststellung einer Erwerbsminderung. Diese Fälle werden von Gutachter_innen als komplex und häufig problematisch eingeschätzt (Söderberg/Alexanderson 2005a, b). Dies zeigt sich auch darin, dass die betreffenden Gutachten häufig eine größere Varianz aufweisen als Gutachten von somatischen Erkrankungen (Steiner 2010). Gleichzeitig scheint sich aber auch die Kultur der Anerkennung von psychischen Krankheiten in der Hinsicht verändert zu haben, dass diese Anerkennung leichter ist als früher. Manche sprechen gar von einem „Diagnose-Shifting“ (Loretto/Platt/Popham 2010). Es besteht also durchaus die Möglichkeit, dass trotz komplexer und schwieriger Begutachtung von psychischen Erkrankungen die Anerkennung von diesen Erkrankungen insgesamt zunimmt. Aber auch solche Anerkennungskulturen können lokal variieren.

Untersuchungen zu den Determinanten des EM-Rentenzugangs haben zudem *individuelle* Risikofaktoren und Risikokonstellationen benannt, die eine Erwerbsminderung wahrscheinlicher machen (z. B. Siegrist 1996, Bödeker et al. 2006, Dragano 2007, Siegrist/Dragano/Wahrendorf 2009, Hagen et al. 2010, Kemp/Davidson 2010, Bethge et al. 2011, Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2012). Soweit diese Untersuchungen quantitativ ausgerichtet sind und – zumindest soweit sie die Studien aus Deutschland betreffen – auf der Grundlage prozessproduzierter Daten entstanden sind, beobachten sie nur das Ergebnis in Form einer Rentenbewilligung oder Ablehnung. Wie sich die Bewilligung vollzieht, bleibt jedoch im Verborgenen.

Zusammenfassend spricht dies für ein Untersuchungsdesign, das die Organisation des Zugangs in Erwerbsminderungsrenten innerhalb eines gemeinsamen institutionellen Rahmens, also im binnengesellschaftlichen Vergleich, untersucht. Zu erwarten ist dann, dass auf diese Weise explizit erfasst werden kann, wie Arbeitsmarktchancen mit institutionalisierten Zugangsvoraussetzungen den Zugang in Erwerbsminderungsrente prägen. Nicht klären lassen sich damit allerdings lokale Praktiken in der Handhabung der Zugangssteuerung. Dies wird durch Forschungen untersucht, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

1.3.3 Umsetzung und Handhabung institutionalisierter Regelungen vor Ort

Unabhängig davon, inwieweit Makro-Strukturen des Arbeitsmarktes und sozialer Sicherungssysteme einen Übergang in die Erwerbsminderungsrente fördern oder nicht, hängen die tatsächlichen Zugänge in ein Sozialleistungssystem auch mit der Anwendung der institutionellen Rahmenbedingungen auf untergesetzlichen Ebenen und der Interpretation des jeweiligen sozio-ökonomischen Kontexts bzw. individueller Zugangsvoraussetzungen durch die umsetzenden Akteure zusammen (siehe auch Abschnitt 2.1). Mehrere Gründe sprechen dafür, neben den institutionellen Rahmenbedingungen auch die unteren Verwaltungsebenen in den Blick zu nehmen: Zum einen muss das Rechtssystem auf die individuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen von Antragstellenden angewendet werden. Zum anderen gibt es verschiedenste Strukturen zur Organisation dieser Prozesse, die unterschiedliche Bedingungen für diese Abläufe mit sich bringen. Die Rechtsetzung auf nationaler Ebene lässt sich nicht ohne Weiteres in ein gewünschtes Ergebnis transformieren. Sie durchläuft notwendigerweise eine organisational bedingte Gestaltung.

Es ist davon auszugehen, dass Gutachter_innen unter anderem ein durch ihren organisationalen Kontext und ihren Aufgabenzuschnitt geprägtes Aufgabenverständnis mitbringen. Je größer z. B. die Nähe der jeweiligen Gutachterin bzw. des jeweiligen Gutachters zum Patienten, desto konflikthafter wird die Begutachtungsaufgabe für die Ärztin bzw. den Arzt. Ein sogenanntes „doppeltes Mandat“, z. B. von einem Rehabilitationsmediziner, der Therapeut und Gutachter zugleich sein muss, kann die Begutachtung erschweren (Höhne et al. 2013). Ein weiterer Aspekt ist die organisatorische Zuweisung von Fällen an unterschiedliche medizinische Bereiche: Während externe Gutachter_innen und Reha-Ärzt_innen oft spezialisiertes Fachwissen zu dem vom Antragstellenden vorgebrachten Leiden besitzen, sind bei den Sozialversicherungsträgern Ärzt_innen verschiedener Fachdisziplinen beschäftigt, die zwar zumeist eine Zusatzausbildung „Sozialmedizin“ haben, aber nicht immer über das nötige Fachwissen im Einzelfall verfügen (Kardoff et al. 2011). Die Zuweisung erfolgt dann häufig über Buchstaben oder Eingangsnummern, nicht aber über fachliche Kompetenz.

Einhellig wird in den Erfahrungsberichten von Mediziner_innen, Psycholog_innen sowie Beschäftigten des Ärztlichen Dienstes nicht nur auf die Grenzen der Objektivierbarkeit bei der Identifikation von Leistungseinschränkungen und den Stellenwert der informierten Intuition hingewiesen,

sondern auch auf die Mitwirkung durch Antragstellende, die dadurch eben nicht mehr das bloße Objekt der Begutachtung sind (Gehrke/Mai 2009, Dickmann/Broocks 2007, Gerdes/Karl/Jäckel 2006, Ueberle/Frommelt/Grötzbach 2004, Lang 2010, Echterhoff/Heinecke 2010, Brauer/Mittag/Raspe 2009, Hien/Pramann 2008). Eine Richterbefragung ergab, dass die Hälfte der Klagen vor Sozialgerichten unter anderem dadurch bedingt sind, dass sich die Betroffenen von den zuständigen Behörden nicht ernst genommen fühlten (Welti et al. 2008, S.316). Diese Ergebnisse zeigen, dass für die Akzeptanz von Entscheidungen die Antragstellenden einzubeziehen sind.

Wiederholt wird auf die Reliabilität gutachterlicher Voten diskutiert (Glatz et al. 2007, Linden 2007, Dickmann/Broocks 2007, Pollmann et al. 2004, Grande/Romppel 2005, Gehrke/Mai 2009; siehe auch Meershoek/Krumeich/Vos 2007 und Rudbeck/Fonanger 2011), die keineswegs einhellig als niedrig bewertet wird (Bahmer/Meisel/Horschke 2011). Dies lenkt den Blick auf das Zustandekommen der Gutachten. Hierzu gibt es nur sehr wenige Untersuchungen (Hesse/Gebauer/Heuft 2007, S. 24, Hesse und Gebauer 2011). Die Begutachtung ist einer Untersuchung von Ueberle/Frommelt/Grötzbach (2004) zufolge durch ein hohes Maß an Autonomie und Eigenständigkeit gekennzeichnet. Begutachtungen nehmen 1,5 bis 2,5 Stunden in Anspruch und richten sich kaum an Vorgaben zum Vorgehen aus; die Entscheidungen der Rentenversicherung auf Grundlage der Gutachten werden nicht systematisch rückgekoppelt. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Rahmen der drei- bzw. sechs-Stunden-Grenze entwickeln die Gutachter_innen eigene Maßstäbe, die oftmals unbewusst angewendet werden (so auch Bürger/Deck 2009). Seit dieser Untersuchung hat es unter dem Stichwort der „Qualitätssicherung“ viele Vorschläge für eine größere Einheitlichkeit der Gutachten gegeben (Legner/Cibis 2007), sodass die von Ueberle/Frommelt/Grötzbach (2004) berichteten Ergebnisse nicht von vornherein noch als gültig angenommen werden können. Zudem ist die empirische Grundlage (Interviews mit zwölf Ärzt_innen und vier Beschäftigten des Ärztlichen Dienstes) deutlich zu schwach.

Zudem zeigte sich, dass unter Rahmenbedingungen von mangelnden Ressourcen und enger Zeitsteuerung die Begutachtung von Erwerbsminderung häufiger in Form von Aktenlagen vorgenommen wird (Söderberg/Alexanderson 2005a, b; von Kardoff et al. 2011). Darüber hinaus können rechtlich gesetzte Kriterien von Erwerbsminderung zur Erfassung dezentral konkretisiert werden, z. B. durch Handlungsempfehlungen, Kriterienkataloge oder Richtlinien, was Auswirkungen auf die Fokussierung des Begutachtungsprozesses haben kann. Beide Faktoren können zu Unterschieden im Begutachtungsprozess führen.

Untersuchungen zum Begutachtungsprozess sollten sich aber nicht auf einen ausgewählten Schritt innerhalb der Entscheidungssequenz beschränken, sondern sich auf die mehrstufige Zugangssteuerung insgesamt beziehen. Prozesse der Zugangssteuerung werden regelmäßig als ein Forschungsdesiderat benannt (u. a. Welti et al. 2008, Brauer/Mittag/Raspe 2009, Hien/Pramann 2008, Höhne et al. 2006, Hesse/Gebauer 2011), und bislang existieren nur wenige Arbeiten, die sich mit der Organisation des Begutachtungsprozesses befassen. Frank et al. (2004) untersuchten vor inzwischen ca. 10 Jahren, ob die Bewilligung von Rehabilitationsleistungen (nicht EM-Renten) davon abhing, durch wen bzw. auf welcher Grundlage die Gutachten verfasst wurden: Verglichen wurden Entscheidungen auf Grundlage prüfärztlicher Gutachten, die sich auf schriftliche Antragsunterlagen, Untersuchungen durch trägereigene Expert_innen oder externe Gutachter_innen stützten. Dabei zeigten sich unterschiedliche Bewilligungsraten, die Frank et al. (2004) teilweise durch die Position und Interessen der begutachtenden Personen erklärten.² Die Untersuchung ergab weiterhin, dass sich die unterschiedlichen Gruppen von Gutachtenden an teilweise unterschiedlichen Kriterien in ihrer Entscheidung orientierten. Beispielsweise spielte für die externen Gutachter_innen die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit eine größere Rolle als für die Prüfärzt_innen und intern Gutachtenden, für die wiederum das Krankheitsbild und die daran geknüpfte Leistungsfähigkeit ausschlaggebend waren. Die externen Gutachter_innen brachten also in ihren Gutachten einen stärkeren Arbeitsmarktbezug ein als die Prüfärzt_innen und intern Gutachtenden (siehe auch Ydreborg/Ekberg/Nilsson et al. 2007). Auch Bahmer/Meisel/Horschke (2012) zeigten in ihrer Analyse von Entscheidungsheuristiken von Prüfärzt_innen der Deutschen Rentenversicherung, dass „Entscheidungsspielräume in systematischer Weise von Organisationsvariablen (Stellung innerhalb der Organisation, interne Legitimationsfunktion, Arbeitsvorgaben, Leitbild der Organisation, corporate identity), vom Professionsverständnis und von aufgeschichteten Erfahrungswerten abhängig sind“ (ebd., S. 285). Es ist aber davon auszugehen, dass das Entscheidungsumfeld über die Rentenversicherung hinausreicht und auch den Ärztlichen Dienst der BA, Betriebsärzte und Hausärzte umfasst.

2 Die Prüfärzt_innen, die allein auf schriftlicher Grundlage entschieden, sprachen die wenigsten Ablehnungen aus, weil sie „im Interesse der Versicherten gehalten (sind), falsch-negative Entscheidungen zu vermeiden“ (ebd., S. 8); zugleich sind sie aufgrund der eingeschränkten Informationsgrundlage in ihren Entscheidungen am häufigsten unsicher (ebd.).

Lokale Interaktionsnetzwerke von den Personen, die mit der Feststellung einer Erwerbsminderungsrente befasst sind, wurden jedoch bislang nicht untersucht. Die meisten der oben genannten Studien beziehen sich auf einzelne Aspekte des Gesamtprozesses der Begutachtung. Für ein Verständnis des Outcomes „Zugangsquote“ wäre jedoch eine erweiterte Perspektive auf die Struktur der beteiligten Akteure, deren Interaktion und intendierte sowie nicht-intendierte Wechselwirkungen im Zusammenwirken der Akteure vor dem jeweiligen sozio-ökonomischen Kontext notwendig (ähnlich: von Knorring et al. 2008 für den Bereich der Krankmeldung sowie Heidenreich/Aurich-Beerheide (2014) für die aktivierende Arbeitsmarktpolitik). Das Zusammenwirken verschiedener Organisationen und Akteure kann beeinflusst sein durch unterschiedliche Professionen, die in den Organisationen tätig sind (z. B. Medizin und Recht), unterschiedliche Interessenlagen und daraus entstehende Interessenkonflikte und die Gestaltung von Handlungsspielräumen und Abstimmungsbedarfen durch den Gesetzgeber (z. B. durch die Regelung von Letztentscheiden oder Verantwortlichkeiten).

Zusammenfassend sollten hinsichtlich der Umsetzung von Sozialpolitik generell bzw. der Handhabung des Zugangs in Erwerbsminderungsrenten drei Dimensionen unterschieden werden:

- der organisationale Kontext und die organisationale Steuerung (z. B. im Aufbau und der Organisation von Sozialversicherungsträgern in Deutschland),
- die Interaktion verschiedener Organisationen und Träger, die an der Umsetzung beteiligt sind, und
- das Berufsverständnis und die Profession der jeweiligen in den Organisationen handelnden Individuen. Zu jeder dieser Dimension liegt – mehr oder weniger – Forschung vor.

1.4 Die Fragen der vorliegenden Untersuchung

Aus der multidisziplinären Zusammenschau von Untersuchungen zur Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente wird deutlich, dass eine Reihe von Aspekten, die den Zugang in Erwerbsminderungsrenten strukturieren, seit langem und relativ detailliert untersucht werden. Doch es fehlt an einer Analyse der Zugangssteuerung auf der Mikroebene, wie sie am Ende des vorhergehenden Abschnittes entwickelt wurde, also an einer Untersuchung, die unter Berücksichtigung makrostruktureller Einflüsse den Zugang in Erwerbsminderungsrente unter Berücksichtigung des organisationalen Kon-

textes und der organisationalen Steuerung, der Interaktion unterschiedlicher Akteure aus jeweils unabhängigen Sozialleistungsträgern und schließlich des Berufsverständnisses der in den Organisationen handelnden Individuen erforscht.

Die Forschungsfrage dieses Vorhabens lautet: Wie wird das Risiko einer Erwerbsminderung in eine sozialstaatliche Sicherungsleistung transformiert? Diese Frage untergliedert sich unter Berücksichtigung des oben beschriebenen Forschungsstandes in mehrere Unterfragen, die ein möglichst komplexes Bild der Zugangssteuerung, z. B. in Bezug auf regionale Unterschiede, Interaktion der Akteure und Selbstverständnis der Beteiligten, ermöglichen sollen:

1. Wie unterscheiden sich Prozesse der Beantragung und Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland im regionalen Vergleich?

Um die übergreifende Forschungsfrage zu beantworten, bietet sich ein vergleichendes Untersuchungsdesign an. Regionale Unterschiede in der Bewilligung von EM-Renten geben Anhaltspunkte für mögliche Einflussfaktoren auf die Organisation und Handhabung in der Bewilligung von EM-Renten („Zugangssteuerung“). Während Bewilligungsquoten mit statistischen Daten erfasst und entsprechend ausgewertet werden können, sind für die Analyse der Zugangssteuerung qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung erforderlich.

2. Wie ist das Entscheidungsfeld beim Zugang in die EM-Rente beschaffen? Vorliegende sozialwissenschaftliche Beschreibungen des Entscheidungsfeldes beschränken sich auf die zentralen institutionellen Bedingungen. Es ist weitgehend unbekannt, was in der Erfahrungswelt der Expert_innen „normale“ Zugangswege sind. Dies zu rekonstruieren ist deshalb wichtig, um eine realistische Vorstellung von Zugangswegen zu entwickeln. Es ist darüber hinaus wichtig, um den Kontext, in dem die Expert_innen agieren, einschätzen zu können. Zu diesem Kontext gehören auch die regionale wirtschaftliche und soziale Situation insgesamt sowie Details in den gesetzlichen Bestimmungen, von denen ohne empirische Untersuchung nicht vorab gesagt werden kann, wie einflussreich sie sind.

3. Welche Expert_innen wirken wie an der Entscheidung über Rentenansprüche mit?

Eine zentrale Annahme des Vorhabens ist, dass sich der Zugang in Erwerbsminderungsrenten nicht (erst) in der sozialmedizinischen Begutachtung entscheidet. Einflussreich ist auch, ob Fachkräfte in Krankenkassen Chancen für eine Rehabilitation sehen und ob Fachkräfte in Arbeitsagenturen und Jobcentern Möglichkeiten für eine Erwerbsintegration sehen, ob also eine Antragsstellung auf Erwerbsminderungsrente vermieden

werden kann. Zu ermitteln ist also, wer in welcher Weise daran mitwirkt, dass über einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu entscheiden ist. Entsprechend dem übergreifenden Forschungsinteresse beschränkt sich dies aber auf die Mitwirkung institutionalisierter Organisationen (Sozialleistungsträger) und bezieht etwa das familiäre Umfeld von Antragstellenden nicht ein.

4. Welches Selbstverständnis haben die Expert_innen, welchen Handlungsrationaltäten folgen sie und über welche Ressourcen verfügen sie?

Die Expert_innen haben eine Schlüsselstellung. Aber woran orientieren sie sich in ihren Entscheidungen, wovon lassen sie sich leiten? Wie gehen sie in ihren Entscheidungen vor? Worauf stützen sie sich, und was sind Entscheidungskriterien? Was sind die Qualifikationen und Berufserfahrungen der Gatekeeper? Können sie die Entscheidungen der anderen Prozessbeteiligten kritisch nachvollziehen? Gibt es Unterschiede zwischen Gatekeepern in ihren Entscheidungsstilen und ihrem professionellen Selbstverständnis? Die Forschungsfragen in diesem Komplex zielen auch auf die Arbeitsbedingungen der Gutachter_innen, unter denen gerechte, angemessene und verlässliche Entscheidungen getroffen werden sollen, da anzunehmen ist, dass die Arbeitsbedingungen die Ergebnisqualität beeinflussen.

5. Wie wirken die Expert_innen unterschiedlicher Sozialleistungsträger zusammen?

Aufgrund der komplexen Anlage der Organisation und Bewilligung von EM-Renten genügt es nicht, nur eine einzelne Entscheidung in den Blick zu nehmen. Vielmehr ist die Zusammenarbeit der Expert_innen sowohl an einzelnen Entscheidungen als auch in der Abfolge der verschiedenen Prozesszustände von EM-Rentanträgen zu betrachten. Die Formen der Zusammenarbeit beziehen sich sowohl auf einzelne Entscheidungen als auch auf die Abstimmung eines gemeinsamen kognitiven Bezugsrahmens. Hier interessiert sowohl, ob es über übergreifende Standards zur Begutachtung hinaus beispielsweise gemeinsame Fallkonferenzen gibt, als auch, ob die Expert_innen der verschiedenen Entscheidungspunkte gemeinsame Fachtagungen besuchen und in professionellen Netzwerken miteinander verbunden sind. Vermutlich aufschlussreich ist, unter welchen Bedingungen frühere Einschätzungen weiter gelten und unter welchen Bedingungen sie revidiert werden, und in welcher Form die Antragstellenden selbst einbezogen werden.

Von einem besseren Verständnis der Zugangssteuerung sind Erkenntnisgewinne auf mehreren Feldern zu erwarten:

- Mechanismen und Folgen der institutionellen Ausgestaltung der Sicherung bei Erwerbsminderung: Über die Grundzüge der institutionellen Ausgestaltung bei Erwerbsminderung hinaus gibt es eine Fülle von Regelungen, die weit weniger bekannt, in ihren Auswirkungen aber möglicherweise einflussreich sind (wie z.B. Begutachtungs- und Verfahrensrichtlinien, Rolle der Ärztlichen Dienste, soziale Absicherung der Antragstellenden während der Antragsphase, ergänzende soziale Absicherung bei nicht existenzsichernder Höhe der EM-Rente usw.). Diese Zusammenhänge zu kennen kann von zentraler Bedeutung dafür sein, Zugangswege und Interessenlage der Akteure – und hier vor allem der Antragstellenden – zu verstehen.
- Wechselwirkung mit dem Arbeitsmarkt: Die Inanspruchnahme von EM-Renten steht mit der Arbeitsmarktlage in Wechselbeziehung; dies ist auch in den EM-Renten angelegt. Die Wechselwirkungen von EM-Rentenzugang mit der Arbeitsmarktlage zu untersuchen stellt auch deshalb einen relevanten Forschungsbedarf dar, weil wegen der Altersgrenzenanhebung und verschlossener Frühverrentungsmöglichkeiten ein zunehmender Druck auf die EM-Rente zu erwarten ist, aber unbekannt ist, wie genau sich dieser Druck manifestiert. Es ist deshalb auch Teil der Studie, in der Analyse der Entscheidungssequenzen über EM-Rentenanträge zu beobachten, wie die Arbeitsmarktlage in die Entscheidungsprozeduren einbezogen wird.
- Zugang und Verläufe in EM-Rente: Wie oben ausgeführt, konzentrieren sich vorliegende Studien zum Zugang in EM-Rente einerseits auf individuelle Risikofaktoren (und ignorieren dabei eigenständige Effekte der Zugangssteuerung) und andererseits – aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht – auf die sozialmedizinische Begutachtung (überwiegend bei Reha-Anträgen). Die Zugangssteuerung als ein Prozess mit Entscheidungspunkten und Entscheidungssequenzen, in dem unterschiedliche Gatekeeper zusammenwirken, bleibt dabei unberücksichtigt. Dies ist aber schon deshalb ein wichtiger Aspekt, weil Handlungsvorgaben durch die beteiligten Akteure interpretiert werden müssen und durch ihre Anwendung immer auch weiter entwickelt werden.

Der in diesem Vorhaben entwickelte Untersuchungsfokus – Analyse der Zugangssteuerung in regionaler Perspektive – erlaubt, zu jedem der hier benannten Forschungsbedarfe einen Beitrag zu leisten. Darüber hinaus ist ein umfassendes Verständnis der Zugänge in EM-Rente eine Voraussetzung dafür, dass sozialpolitische Reformen wirksam und effizient sein können.

2 ANALYSERAHMEN

2.1 Die Zugangssteuerung als eine Dimension von Sozialleistungen

Sozialleistungen, wie z. B. eine Erwerbsminderungsrente, werden nicht automatisch gezahlt, sondern müssen beantragt und bewilligt werden. Die Bewilligung einer Sozialleistung wird auch dann individuell geprüft, wenn es sich um Anspruchsleistungen handelt, weil zunächst festzustellen ist, ob die Anspruchsbedingungen erfüllt sind; zudem ist die Leistungshöhe individuell zu bestimmen.

Sozialleistungen lassen sich nicht nur nach ihrer Höhe, der Dauer der Zahlung und den Bedingungen, die an ihre Zahlung geknüpft sind, charakterisieren, sondern auch danach, wie Antragstellung und Bewilligung ausgestaltet sind. Sozialleistungen – und darüber hinaus Sozialsysteme und Sozialstaaten – unterscheiden sich hinsichtlich der Transparenz für Antragstellende, der bürokratischen Hürden der Antragstellung, des wechselseitigen Bezugs von Sozialleistungsträgern und weiteren Punkten. Sie beeinflussen, ob Leistungsberechtigte tatsächlich ihre Ansprüche einlösen können oder etwa durch Intransparenz und Fehlberatung am Zugang gehindert werden. Prozess und Struktur des Zugangs zu einer Sozialleistung werden durch institutionelle Regeln, organisatorische Vorkehrungen und individuelle Entscheidungen der beteiligten Akteure gestaltet.

Diese Facette der Restriktivität bzw. Großzügigkeit von Sozialsystemen, die sich am Zugang zu einer Sozialleistung festmacht, wird in der Forschung – gegenüber den klassischen Kriterien wie Leistungshöhe, Dauer und Konditionalisierung – kaum thematisiert.³ Der Begriff, mit dem sich der Zugang zu Sozialleistungen rekonstruieren lässt, ist der des Gatekeeping, also der Zugangskontrolle oder der Zugangssteuerung. Gatekeeper entscheiden unter Vermittlung von individuellen Voraussetzungen, organisationalen Bedingungen und institutionellen Vorgaben. Gatekeeper verfügen über die Kompetenz – Fähigkeit und Zuständigkeit –, individuelle Begehren nach Sozialleistungen (oder anderen knappen Gütern) zu entscheiden.

3 Dies gilt selbst in der Wirkungsforschung zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, die in hohem Maß durch Zuweisung (statt Antragstellung) charakterisiert sind, wo nur selten der komplette Prozess der Maßnahmezweisung abgebildet wird. Für die Komplexität des Zuweisungsprozesses siehe Heckman/Smith 2004 und Yankova 2010.

Im vorliegenden Kapitel wird der Begriff des Gatekeeping theoretisch gerahmt und in seinen verschiedenen möglichen Ausprägungen beschrieben (siehe Abschnitt 2.2). Darüber hinaus werden verschiedene theoretische Perspektiven auf das Gatekeeping entwickelt. Denn der Begriff der Zugangskontrolle und noch mehr der Begriff der Zugangssteuerung könnte die Assoziation erwecken, dass eine bestimmte Person bezogen auf den Teilbereich, für den sie zuständig ist, den Zugang „steuert“ und insbesondere ausweiten und verengen kann. Dies wäre jedoch eine vereinfachte Vorstellung. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Zugang durch institutionalisierte Zuständigkeiten und organisationale Regeln, aber eben auch durch Interessen der beteiligten Akteure gestaltet ist. Diese theoretischen Perspektiven auf das Gatekeeping sind Teil von [Abschnitt 2.3](#).

2.2 Zum Begriff des Gatekeeping

Gatekeeper sind Personen mit Entscheidungsbefugnis über die Zuteilung von Gütern und Ressourcen an Individuen. Dies umfasst so unterschiedliche Aspekte wie Einstellungsentscheidungen betrieblicher Personalverantwortlicher, die Verteilung nur begrenzt vorhandener medizinischer Leistungen, wie z. B. Organspenden, oder auch die Bewilligung von Sozialleistungen wie einer Erwerbsminderungsrente. Gatekeeper handeln unter der Bedingung von Knappheit des zuzuweisenden Gutes, das von den antragstellenden Individuen begehrt wird (Struck 2001).

In ihrer Entscheidung haben Gatekeeper unterschiedliche inhaltliche Anforderungen zu berücksichtigen; hieraus resultiert ein Handlungsspielraum im Gatekeeping, der oft erheblich ist (Struck 2001). Der Handlungsspielraum kann begrenzt, aber nicht aufgehoben werden, da es unmöglich ist, alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte vorab in eine Regelsteuerung zu überführen.

Struck (2001) argumentiert in seinem Aufsatz zur Struktur des Gatekeeping, dass die Legitimität der Zugangssteuerung an der Gerechtigkeit und Effizienz der Entscheidungen gemessen wird. Dabei ist zu beachten, dass die Entscheidungen sowohl sachgerecht sein müssen, als auch den Anforderungen auf Verfahrensgerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit genügen müssen. Sachgerecht sind Entscheidungen dann, wenn alle relevanten Anforderungen berücksichtigt wurden. Es verbleiben in der Regel erhebliche Beurteilungsspielräume, wie streng einzelne Anforderungen auszulegen sind. Für diese Auslegung werden oft Gerechtigkeitsaspekte und Effizienzüber-

legungen herangezogen.⁴ Verfahrensgerecht sind Entscheidungen, wenn ähnliche Fälle zu ähnlichen Entscheidungen führen, d.h. wenn die Verfahren untereinander widerspruchsfrei sind. Verteilungsgerecht sind Entscheidungen, wenn der Nutzen, den die Individuen aus den Entscheidungen ziehen, als gerecht bewertet wird (siehe Allingham o. J.).

Gatekeeper lassen sich nach der Formalisierung der Interaktion und der Dichte der Kommunikation mit der antragstellenden Person unterscheiden (Behrens/Rabe-Kleberg 2000, S. 110 f.). Die Formalisierung ist niedrig bei Personen aus dem Lebensumfeld der antragstellenden Personen wie Freunden oder Familienmitgliedern; sie haben durch informelle Beratung Einfluss auf die Wünsche und Interessen der Antragstellenden und können vielleicht Hinweise zu den Stellen geben, an die man sich aussichtsreich wenden könnte. Die Formalisierung steigt dann mit Gatekeepern wie Vorgesetzten und Kolleg_innen und weiter mit Repräsentant_innen von Organisationen und erreicht ihre stärkste Ausprägung bei Gutachter_innen. Spiegelbildlich dazu verhält sich die Dichte der Kommunikation: Sie ist am niedrigsten (da hoch spezifisch und eng begrenzt) mit Gutachter_innen, steigt gegenüber den Repräsentanten einer Organisation und ist wiederum höher gegenüber Vorgesetzten und Kolleg_innen und am höchsten gegenüber Freunden und der Familie.

Diese Ausweitung des Begriffs von Gatekeepern über unmittelbare Entscheidungsträger hinaus ist kritisiert worden (Struck 2001). Demgegenüber ist jedoch festzuhalten, dass Prozesse der Zugangssteuerung nicht beschränkt werden sollten auf die unmittelbare Begegnung etwa zwischen Gutachter_innen bzw. Entscheidungsträgern und Antragstellern. Es sollten auch die Bedingungen für das Handeln der Entscheidungsträger einbezogen werden.

Gatekeeper und Antragstellende befinden sich in einer Machtasymmetrie, die sich daraus ergibt, dass die Gatekeeper aufgrund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung über einen Wissens- und Erfahrungsvorsprung verfügen (Struck 2001). Diese Machtasymmetrie besteht auch dann, wenn die Entscheidungen der Gatekeeper durch den Antragsteller angefochten werden

4 Struck (2001) erläutert dies am Beispiel einer betrieblichen Rekrutierungsentscheidung. Für eine sachgerechte Entscheidung ist zugrunde zu legen, ob Bewerber_innen die vorgesehenen Aufgaben ausführen können. Dies kann an den Nachweis eines bestimmten Ausbildungsabschlusses geknüpft sein, um über die konkrete Stellenbesetzungsentscheidung hinaus sich am Fortbestehen eines berufsfachlichen bzw. professionellen Arbeitsmarktes zu beteiligen. Darüber hinaus spielen für die Entscheidung Effizienzaspekte wie erwartbare Lohnkosten und Produktivitätsbeiträge eine Rolle.

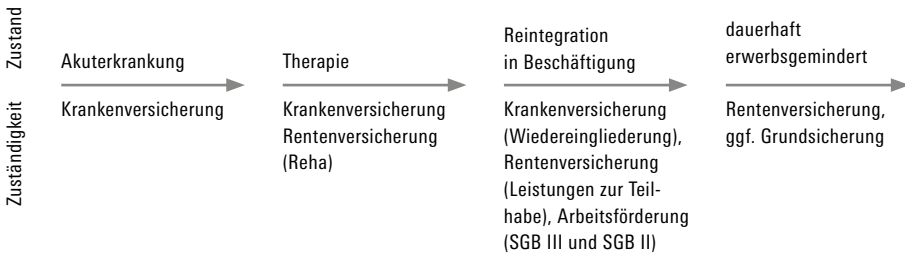
können. In einer mehrstufigen Zugangssteuerung (s. u.) können auch zwischen Gatekeepern Machtasymmetrien bestehen.

Gatekeeper handeln in organisatorischen, institutionellen und strukturellen Umwelten (Behrens/Rabe-Kleberg 2000, Struck 2001). Durch gesetzliche Vorgaben, Arbeitsanweisungen, aber auch durch kulturelle Prägungen und Traditionen sind die individuellen Entscheidungen gelenkt. Insbesondere die Entscheidungsausübung aufgrund von Arbeitsanweisungen und gesetzlichen Vorgaben machen die Entscheidungen überprüfbar.

Prozesse der Zugangssteuerung können danach unterschieden werden, wie stark und wodurch die Entscheidungen gelenkt werden. Entscheidungen, die durch mündliche Prozesse in der Antragstellung, Aushandlung und Entscheidung charakterisiert sind – wie dies für Dienstleistungen der Arbeitsverwaltung, etwa Weiterbildungskurse, charakteristisch ist –, geben den Fachkräften in Arbeitsagenturen und Jobcentern einen größeren Entscheidungsspielraum als Prozesse, die durch schriftliche Anträge, schriftlich gestützte Anhörungen und schriftliche Bescheide charakterisiert sind, wie etwa Entscheidungen über Geldleistungen der Arbeitsagenturen und Jobcenter. Die Entscheidungsspielräume sind in Verfahren, die durch Mündlichkeit geprägt sind, faktisch auch dann größer, wenn detaillierte Arbeitsanweisungen vorliegen. Es ist daher sinnvoll, zwischen der *Stärke* und der *Struktur* der kontextuellen Prägung zu unterscheiden.

Gatekeeper können untereinander verknüpft sein; Gatekeeping-Prozesse können aus mehreren Stufen bestehen. Häufig findet ein mehrstufiger Auswahlprozess statt. Dies ist typisch bei Bewerbungsprozessen mit sehr vielen Bewerber_innen, bei sehr komplexen Arbeitsanforderungen und bei einem sehr hohen Bewerbungsaufwand für die Bewerber_innen (Sørensen 1992). Die Mehrstufigkeit bzw. Verknüpfung kann aber auch daraus bestehen, dass unterschiedliche Gesichtspunkte zusammengeführt werden. Dies ist für die Bewilligung von Sozialleistungen typisch, für die die rechtlichen Voraussetzungen und die individuellen Voraussetzungen geprüft werden. Die Zugangssteuerung kann auch durch eine wechselseitige Abhängigkeit unterschiedlicher Gatekeeper gestuft erfolgen. Eine Erwerbsminderungsrente wird nicht bewilligt, wenn durch eine Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit erhalten (oder wieder hergestellt) werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, wird reduziert, wenn ein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird. Ob ein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird oder dies als aussichtslos bewertet wird, liegt ebenso wie die Einschätzung über die Aussichten einer Rehabilitation nicht notwendigerweise in den Händen derer, die über eine Erwerbsminderungsren-

Ein Modell zur Zugangssteuerung



Quelle: eigene Darstellung.

te entscheiden.⁵ Durch die Art und Weise, wie die Gatekeeper zueinander positioniert sind, ihre jeweiligen Zuständigkeiten und Zuständigkeitsgrenzen und die Bindungswirkung vorgelagerter Entscheidungen lässt sich ebenfalls die Zugangssteuerung gestalten.

Die Vorstellung eines mehrfach gestuften Prozesses trifft in besonderer Weise für den Zugang in Erwerbsminderungsrenten zu. Eine Erwerbsminderung zeichnet sich oft allmählich und über einen längeren zeitlichen Verlauf ab. Zu verschiedenen Zeitpunkten intervenieren unterschiedliche Sozialleistungsträger, die teilweise unterschiedliche Anforderungen an die individuelle Leistungsfähigkeit stellen (siehe [Kapitel 4](#) und [Kapitel 5](#)). Es hängt auch von den Entscheidungen und Ratschlägen von Hausärzt_innen, Krankenkassen und Arbeitsvermittler_innen ab, ob eine Erwerbsminderungsrente vermieden werden kann, bzw. es sind oft diese Akteure, die ein Erwerbsminderungsrentenverfahren initiieren (durch Empfehlung oder durch Aufforderung zur Antragstellung). In vereinfachter Form lässt sich der Prozess wie in [Abbildung 1](#) darstellen, in der Entscheidungspunkte und Entscheidungssequenzen des Zugangs abgebildet sind (für eine ausführliche Darstellung siehe [Kapitel 4](#)).

Zusammenfassend sind Gatekeeper Akteure mit Einfluss auf Entscheidungen über die Zuweisung knapper Güter bzw. Ressourcen. Für die Ent-

⁵ Hieraus erwächst die Gefahr der sogenannten „Verschiebebahnhöfe“, wie sie gerade für die Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik zur Bewältigung von Beschäftigungslosigkeit charakteristisch ist (Trampusch 2003).

scheidungen ist eine Vielzahl unterschiedlicher Kriterien abzuwägen, woraus sich der für Gatekeeper typische Handlungsspielraum ergibt. Prozesse der Zugangssteuerung umfassen nicht nur eine Stufe (oder eine Art von Gatekeepern), sondern können mehrere Akteure unterschiedlichen Formalisierungsgrades einschließen. Durch organisatorische, institutionelle und strukturelle Umwelten wird der individuelle Entscheidungsspielraum erweitert oder begrenzt. Die Großzügigkeit bzw. Restriktivität und die Fairness eines Sozialsystems lässt sich auch durch die Art der Zugangssteuerung und nicht allein durch die „auf dem Papier“ vorgesehene Sozialleistung beschreiben.

Speziell im Fall der Erwerbsminderungsrente hat man es nicht mit einer einstufigen Zugangskontrolle zu tun. Vielmehr wirken über einen längeren Zeitraum hinweg unterschiedliche Expert_innen zusammen, und es gibt typische Entscheidungssequenzen.

Da für die Gestaltung der Zugangssteuerung die organisatorischen, institutionellen und strukturellen Bedingungen charakteristisch sind, werden im folgenden drei sozialwissenschaftliche Ansätze herangezogen und näher beschrieben, mit denen Prozesse der Zugangssteuerung erfasst werden können.

2.3 Theoretische Perspektiven auf Gatekeeping

2.3.1 Die organisationssoziologische Perspektive

Sozialleistungen wie eine Erwerbsminderungsrente werden von Organisationen bewilligt. Entsprechend der Annahme, dass die Zugangssteuerung nicht allein über die für Erwerbsminderungsrenten unmittelbar zuständige Organisation, die Rentenversicherung, läuft, sind auch weitere Organisationen beteiligt, insbesondere Arbeitsagenturen, Jobcenter und Krankenkassen. Sie lassen sich, einem Strang der Sozialstaatsforschung zufolge, als *Human Service Organizations* (Hasenfeld 1983) oder soziale Dienstleistungsorganisationen bezeichnen.

Soziale Dienstleistungsorganisationen bzw. *Human Service Organizations*

“are distinguished from other bureaucracies by two key characteristics. First, they work directly with and on people whose attributes they attempt to shape. People are, in a sense, their ‘raw material’. Second, they are mandated – and thus justify their existence – to protect and to promote the welfare of the people they serve” (Hasenfeld 1983, S. 1).

Sie erreichen dies durch Verfahren, die Hasenfeld als *people-processing*, *people-sustaining* und *people-changing technologies* bezeichnet. *People-processing*-Tech-

nologien zielen darauf, dass Personen einen bestimmten Weg innerhalb der Dienstleistungsorganisation durchlaufen und dadurch zusätzliche Attribute erhalten; ein Beispiel hierfür sind Arbeitsvermittlungen, in denen den Arbeitssuchenden ein bestimmter Status zugewiesen wird (z. B. hinsichtlich der Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung) und sich die weitere „Behandlung“ an diesem Status orientiert. *People-sustaining*-Technologien zielen auf die Unterstützung von Menschen; Beispiele hierfür sind Einrichtungen, die bedürftigkeitsgeprüfte Sozialleistungen bewilligen. *People-changing*-Technologien sind Technologien, die auf eine Verhaltens- oder Zustandsänderung von Menschen zielen, welche erforderlich scheint, weil sie von gesellschaftlichen Normen abweichen. Hierzu zählen etwa Maßnahmen zur Teilhabe (Rehabilitationen), mit denen die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt werden soll. In dem hier betrachteten Untersuchungsfeld der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten kommen alle drei Technologien von sozialen Dienstleistungsorganisationen zum Einsatz.

Soziale Dienstleistungsorganisationen sind „institutionalised organisations par excellence“ (Hasenfeld 2010). Der Bestand zumindest eines Kerns von sozialen Dienstleistungsorganisationen, den Sozialversicherungen, ist in einem hohen Ausmaß durch Gesetz gesichert. Sie setzen einen hoheitlichen Auftrag um, der sich nicht in einem marktlichen Rahmen verstehen und bewerten lässt (etwa als Finanzdienstleistungen zur Alters- oder Beschäftigungssicherung oder Gesundheitsdienstleistungen). Dies gilt auch dann, wenn in einem Zweig der Sozialversicherung die Organisationen untereinander in Wettbewerb stehen, ist doch durch Gesetz sichergestellt, dass für die betroffenen Versicherten eine Krankenkasse auch tatsächlich zuständig ist (§ 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Gleichwohl lassen sich soziale Dienstleistungsorganisationen nicht nur als Institutionen verstehen, sondern auch als Organisationen in der Tradition bürokratischer Rationalität (Weber 1980, Luhmann 1964), die offene Systeme und strategiefähige Akteure sind (Trist 1981, Child 1972, Child 1997), also als Organisationen mit Zielen, Funktionen, Außengrenzen, Mitgliedschaft und Binnenstrukturen. Gerade durch die Verbindung von Institutionen und Organisationen bilden soziale Dienstleistungsorganisationen einen eigenen Organisationstyp aus (Brussig 2017).

In der empirischen Sozialstaatsforschung ist es eine Selbstverständlichkeit, dass der Sozialstaat nicht nur durch Gesetze umgesetzt wird, sondern dass die mit der Anwendung und Umsetzung von Gesetzen beauftragten sozialen Dienstleistungsorganisationen eine „Politik der Praxis“ (Brodtkin 2010, Liebig/Matiaske/Rosenbohm 2017) entwickeln.

Eine organisationssoziologische Perspektive auf Gatekeeping einzunehmen bedeutet, die organisationalen Bedingungen des Gatekeeping in den Blick zu nehmen. Hierfür ist zum einen zu klären, welche organisationalen Bedingungen Entscheidungen über den Zugang zu einer Sozialleistung (Gatekeeping) beeinflussen, und welche unterschiedlichen Varianten der Zugangssteuerung in der Literatur vorliegen.

Zur Klassifizierung von Organisationen gibt es zahlreiche unterschiedliche Ansätze, in denen jeweils spezifische Organisationsmerkmale in den Vordergrund gerückt werden (siehe z.B. Brussig 2017, Knuth 2016). Speziell für soziale Dienstleistungsorganisationen hebt Hasenfeld (2010) hervor, dass sie „moral work“, also werteregeleitete Arbeit verrichten, die von werteregeleiteten Annahmen ausgeht, welche sich in der Organisationsstruktur niederschlagen. Die Annahmen umfassen den gesellschaftlich beigemessenen Wert einer Person, die Zurechnung von Verantwortung für die eigene Situation, die Fähigkeit zum Wandel der Person bzw. Situation, die erwünschten Ergebnisse sowie die Beurteilung einer Person als Subjekt oder Objekt (Hasenfeld 2010, S.99). Als Merkmale der Organisationsstruktur, in denen sich die Wertbeziehung ausdrückt – und durch die sie umgekehrt kanalisiert wird –, gelten Ziele und Ressourcen, die Arbeitsabläufe einschließlich der verwendeten Technologien, die Eingriffsmöglichkeiten für Klient_innen bzw. Beziehungen zwischen ihnen und den Beschäftigten in sozialen Dienstleistungsorganisationen und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten (Hasenfeld 2010, S.99–101).

Ziele und Ressourcen der Organisation

Die Ziele geben Aufschluss über die Annahmen, die eine Organisation über die erwünschten Ergebnisse und den gesellschaftlichen Wert einer Person hat. Soziale Dienstleistungsorganisationen unterscheiden sich danach, ob sie ihre Dienstleistungen eher einladend oder verweigernd anbieten. Die Ressourcenausstattung gibt einen Einblick dahin, in welchem Umfang die Organisationen ihre Ziele verfolgen können.

Arbeitsabläufe innerhalb der Organisation

Arbeitsabläufe (oder Skripte, siehe Roman 2014) legen fest, wie Fälle bearbeitet werden, indem etwa Priorisierungsregeln, Zeitvorgaben sowie Arbeitsteilungen organisiert werden. Durch Arbeitsabläufe lässt sich beispielsweise organisieren, ob die Mitarbeiter_innen in sozialen Dienstleistungsorganisationen eine mehr oder weniger ganzheitliche bzw. partielle Sicht auf den Fall gewinnen. Es lässt sich durch die Steuerung von Fällen zu den Beschäftigten organisieren, nach welchen Prinzipien eine Zuordnung zu den Beschäftigten

erfolgt, etwa nach bestimmten Problemlagen (z. B. Arten von Beschwerden/ Krankheiten bei medizinischen Dienstleistungen; Arten von Vermittlungshemmnissen in der Arbeitsvermittlung) oder nach formalen Kriterien (z. B. Wohnort, Name, Geburtsdatum). Durch Zeitvorgaben und Priorisierungsregeln lässt sich die Arbeit standardisieren, was angesichts der oftmals erforderlichen Einzelfallbehandlung von großer Bedeutung ist.

Eingriffsmöglichkeiten für Klient_innen

Durch Eingriffsmöglichkeiten der Klient_innen werden deren Rechte in der Fallbearbeitung organisiert: Inwiefern können sie über die Bearbeitung ihres Falls mitbestimmen, etwa hinsichtlich der Auswahl des Bearbeiters bzw. der Bearbeiterin, in der Nutzung (oder der zu unterlassenden Nutzung) von Instrumenten (beispielsweise arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen oder Diagnoseverfahren) oder in dem Umfang der freiwillig oder verpflichtend bereitzustellenden Informationen? Die rechtlichen Bedingungen zu den Mitwirkungspflichten und zur Zumutbarkeit können durch die organisatorische Praxis verschärft oder gelockert werden. Von besonderer Bedeutung ist, welche Möglichkeiten des Widerspruchs gegen Entscheidungen der Sozialbehörde bestehen und wie sie organisiert sind.

Arbeitsbedingungen der Beschäftigten

In seiner klassischen Studie über “street-level bureaucracies” hat Lipsky die Dilemmata der Arbeit von Beschäftigten in Sozialbehörden beschrieben. So ist es charakteristisch für soziale Leistungen, dass die Nachfrage nach ihnen nicht absolut ist, sondern auch relativ und von der Unterstützungsbereitschaft der Behörde abhängt. Neues Personal entlastet daher das vorhandene Personal in der Regel kaum, sondern zieht neue Klient_innen an, zumal neues Personal nicht schon für sich bewirkt, dass die Abläufe verbessert werden (siehe insbesondere Lipsky 1980, S. 71–80).

Lipsky zufolge ist die Arbeitssituation der Beschäftigten gegenüber den Klient_innen durch ein Spannungsverhältnis von Beistand und Entfremdung (*advocacy* und *alienation*) gekennzeichnet. Bereits eine Beziehung des Beistands aufzubauen, führt die Beschäftigten in Konflikte, da sie erstens angesichts der großen Zahl der zu bearbeitenden Fälle notwendig selektiv sein müssen, da zweitens eine Beziehung des Beistands dem Kontrollinteresse der Behörde zuwiderlaufen kann sowie drittens dem Ziel, die Klient_innen in ihrer Selbstständigkeit zu stärken, widersprechen kann. Entfremdung stellt sich ein, wenn bzw. insofern die Beschäftigten arbeitsteilig nur enge Ausschnitte eines individuellen Falls bearbeiten, sie keinen Einfluss auf das Ergebnis ihrer

Arbeit haben (also wenn z. B. trotz guter Betreuung eine Vermittlung in Arbeit nicht stattfindet, weil es keinen geeigneten Arbeitsplatz gibt), wenn sie keinen Einfluss darauf haben, wen sie als Klient oder Klientin zugewiesen bekommen, und sie keinen Einfluss auf das Arbeitstempo haben. Ganzheitlichkeit, Selbstbestimmung über die Arbeit, Termindruck werden damit als zentrale Arbeitsbedingungen der Beschäftigten benannt.

In seiner Auseinandersetzung mit dem Werk „Bureaucratic Justice: Managing Social Security“ von Jerry L. Mashaw (1983) identifiziert Michael Adler sechs Idealtypen, mit denen individuelle sozialstaatliche Anliegen von Organisationen behandelt werden können. Demnach lassen sich ein bürokratisches, ein professionelles und ein legalistisches Modell unterscheiden, welche von einem managerorientierten, einem konsumentenorientierten und einem marktorientierten Modell ergänzt werden. Diese Idealtypen lassen sich anhand von vier Kriterien unterscheiden, nämlich der Art der Entscheidungsfindung, dem legitimierenden Ziel, der Art der Verantwortungszuschreibung und den Möglichkeiten, eine Entscheidung zu kritisieren bzw. zurückzuweisen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Sechs Idealtypen organisatorischer Entscheidungsfindung nach Michael Adler

Model	Mode of Decision-Making	Legitimizing Goal	Mode of Accountability	Mode of Redress
Bureaucratic	Applying rules	Accuracy	Hierarchical	Administrative review
Professional	Applying knowledge	Public service	Interpersonal	Second opinion or complaint to a professional body
Legal	Asserting rights	Legality	Independent	Appeal to a court or a tribunal (public law)
Managerial	Managerial autonomy	Standards of service	Performance indicators and audit	Publicity
Consumerist	Consumer participation	Consumer satisfaction	Consumer Charters	“Voice” and/or compensation through Consumer Charters
Market	Matching supply and demand	Economic efficiency	To owners and shareholders	“Exit” and/or court action (private law)

Quelle: Adler 2006, S. 622.

Es sind insbesondere die ersten drei Typen, in denen der staatliche Einfluss besonders zum Tragen kommt und die deshalb für die Analyse sozialstaatlicher Entscheidungen besonders geeignet erscheinen. In diesen drei Idealtypen manifestieren sich sehr unterschiedliche Vorgehensweisen, die von Adler als "bureaucratic", "professional" und "legal" bezeichnet werden. Im legalistischen Idealtyp wird betont, dass verbriefte Rechte zur Geltung gebracht werden. In diesem Modell werden Individualrechte betont, die unabhängig vom Aufwand umzusetzen sind; individuelle Problemlagen und Anliegen müssen sich allerdings klar auf Rechtsansprüche zurückführen lassen. Im bürokratischen Modell dominiert hingegen die Verwaltung den Entscheidungsprozess. Die Regeln, nach denen eine staatliche Verwaltung arbeitet, sind mit der Befriedigung individueller Rechtsansprüche nicht vollständig beschrieben, sie werden auch durch ein bürokratisches Interesse an Gleichförmigkeit und Geschwindigkeit der Entscheidung geprägt. Im professionellen Idealtyp dominiert im Entscheidungsprozess hingegen eine fachwissenschaftlich fundierte Einschätzung darüber, was eine „fachlich richtige“ Behandlung ist. Dies richtet sich an wissenschaftlichem und akademischem Wissen aus (s. u. [Abschnitt 2.3.2](#)). Ähnlich wie im legalistischen Idealtyp sind im professionellen Idealtyp die verfügbaren Ressourcen innerhalb einer Organisation weniger begrenzend für die Entscheidungen als im bürokratischen Idealtyp (Adler 2006).

Jedoch haben veränderte Leitbilder über die öffentliche Verwaltung, insbesondere in Gestalt des New Public Management (Naschold/Bogumil 1998, Child 1997), zu einer Schwächung des traditionellen Staatsverständnisses und zu einem Bedeutungsgewinn wettbewerblicher und marktförmiger Elemente geführt. Dies schlägt sich in den letzten drei Typen nieder, die einerseits die Logik des Leistungserstellers (managerial), andererseits die Logik des Leistungsempfängers („Kunden“ bzw. consumerist) und zum Dritten die wechselseitige Wahlfreiheit von Anbietern und Nachfragern (einschließlich des Risikos unbefriedigten Bedarfs und nicht verwertbaren Angebots) betonen.

Zusammenfassend lauten die Fragen, die aus einer organisationssoziologischen Perspektive zum Verständnis der Zugangssteuerung zu stellen sind:

- Was sind die Aufgaben der Organisation? Welche Ressourcen stehen dafür zur Verfügung?
- Worin bestehen die Interessen der Organisation?
- Wie sind die binnenorganisatorischen Abläufe?
- Wie sind die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten, die als Gatekeeper tätig sind?

2.3.2 Die professionssoziologische Perspektive

Neben der organisationssoziologischen Perspektive gibt es eine weitere Perspektive, mit der das Handeln und Zusammenwirken der am Gatekeeping Beteiligten interpretiert werden kann: die professionssoziologische Perspektive. Professionen sind erwerbsbezogene Tätigkeitsfelder mit besonderen Merkmalen. Die genaue Abgrenzung von Professionen gegenüber anderen Formen von Erwerbstätigkeit, etwa gegenüber Berufen, ist umstritten. Im Vergleich mehrerer Tätigkeiten zeichnen sie sich durch einen mehr oder weniger ausgeprägten Professionscharakter aus; die Übergänge zwischen professionalisierten und nicht-professionalisierten Tätigkeiten sind fließend. Dies erschwert es auch, das Konzept von Professionen theoretisch zu bestimmen. Im Kern zeichnen sich Professionen durch ihr *Expertenwissen*, ihre *Autonomie* und ihren *Klientenbezug* aus (Meyer 2000, S. 54 ff.; Schmeiser 2006). Diese Merkmale sind eng und in einer für Professionen typischen Weise miteinander verbunden.

Das für Professionen typische Wissen ist Expertenwissen. Obwohl es auch aus Erfahrungswissen besteht, ist für professionelles Expertenwissen charakteristisch, dass es systematisch strukturiert und theoretisch fundiert ist. Dieses Wissen wird im Rahmen einer Ausbildung erworben, deren erfolgreiches Durchlaufen durch einen anerkannten Ausbildungsabschluss bescheinigt wird und Voraussetzung zur Berufsausübung ist. Das professionstypische Wissen wird akademisch entwickelt, d. h. die Wissensproduktion erfolgt nicht nur zur Lösung von Anwendungsproblemen, sondern auch aus einer Eigenentwicklung der theoretischen Grundlagen heraus. Als wissenschaftliches Wissen ist professionelles Wissen oft problemlösend, was die Handlungsmöglichkeiten von Professionellen erweitert, indem sie nicht nur Routineaufgaben, sondern auch neuartige Aufgaben auf der Grundlage ihres Expertenwissens bewältigen können. Systematisierung und Theoretisierung tragen – neben dem Autonomiestreben – dazu bei, dass Ausbildungsabschlüsse standardisiert und vereinheitlicht sind. Nur eine begrenzte Zahl von Abschlüssen mit vordefinierten Bestandteilen erlaubt den Zugang in eine bestimmte Profession.

Für den Status als Expertenwissen ist nicht entscheidend, dass es „wahr“ ist oder tatsächlich schon existiert. Wichtiger ist, dass das Expertenwissen von Außenstehenden als solches anerkannt wird. Hierfür ist wiederum die Systematisierung und theoretische Fundierung ein wichtiges Element. Die Akademisierung von Wissensbeständen und die Ausbildung von Berufen an Universitäten werden in der Literatur als wichtiger Schritt zur Professionalisierung eines Tätigkeitsfeldes beschrieben.

Die professionstypische Autonomie umfasst mehrere Aspekte. Sie bezieht sich zum einen auf die Standards der Berufsausübung. Professionen definieren die Regeln ihrer Tätigkeit selbst oder zumindest stärker als die Angehörigen anderer Berufe. Oft ist die Verwendung bestimmter Arbeitsweisen und Technologien durch die Professionen vorgeschrieben. Was als „gute“ und „erfolgreiche“ Arbeit gilt, wird oft durch die Professionen selbst bestimmt. Dies umfasst stets eine Zugangskontrolle in das Tätigkeitsfeld (mindestens durch die Definition von erforderlichen Abschlüssen, teilweise durch eine Restriktion von verfügbaren Arbeitsplätzen und Zugangsregeln zu diesen) und oft auch die Preisfestsetzung für die Dienstleistungen der Profession. Selbstkontrolle innerhalb der Professionen soll die Berufsausübung entsprechend der geltenden Standards sicherstellen.

Professionelle Autonomie bezieht sich weiterhin auf die Wissensproduktion. Die Weiterentwicklung professionellen Wissens erfolgt eigenständig innerhalb der professionsbezogenen Wissenschaften. Neues Wissen (oder auch neue Technologien), das außerhalb dieses Rahmens entwickelt wird, muss zunächst durch die Profession anerkannt werden, bevor es zur legitimen Berufsausübung und professionellen Problemlösung eingesetzt werden darf.

Professionelle Autonomie drückt sich in Berufsverbänden und weiteren professionstypischen Vereinigungen aus, in denen die beruflichen Standards gesetzt, die professionelle Selbstregulierung und die Anerkennung neuen Wissens erstritten wird. Berufsverbände wirken stets auch in die Öffentlichkeit hinein. Die Ansprüche über die Reichweite der professionellen Tätigkeiten und das Ausmaß an Autonomie werden stets in Abgrenzung zu anderen Professionen erstritten. Die Fähigkeit zur Verbändebildung ist ein wesentlicher Schritt zur Professionalisierung (Abbott 1988).

Viele Professionen zeichnen sich durch einen besonderen Bezug zu den Personen aus, denen gegenüber sie ihre Leistungen erbringen. Bereits deren Bezeichnung ist schwierig, da für den Auftraggeber bzw. Nutzer der professionellen Leistung der Begriff des „Kunden“ oft nicht greift. Häufig wird der Begriff des Klienten genutzt, dessen lateinischer Ursprung als „cliens“ (Anhänger, Schützling, Höriger) sowohl die Eigenschaft des Auftraggebers und damit Autonomie gegenüber dem oder der professionell Tätigen als auch die Eigenschaft des „Schutzbedürftigen“ und damit die Unterordnung unter dem oder der Professionellen anzeigt. Professionelle und Klient_innen gehen ein „Arbeitsbündnis“ ein, um Interessen bzw. Aufträge, Erwartungen und Handlungsmöglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen. Dies findet in einem rechtlichen (und kulturell tradierten) Rahmen statt, der je nach Tätigkeitsfeld den Klient_innen und Professionellen jeweils mehr oder weniger

Macht – etwa zu den Wahlrechten von Klient_innen und den Entscheidungsrechten von Professionellen – zuweist.

Eine professionssoziologische Perspektive bietet sich zur Analyse der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten an, weil das Entscheidungsfeld durch das Wirken sehr unterschiedlicher und teilweise klassischer Professionen gekennzeichnet ist, nämlich durch Jurist_innen, Mediziner_innen sowie Vermittlungsfachkräfte in der Arbeitsverwaltung.

Jurist_innen wenden geltendes Recht dort an, wo Akteure in einer Gesellschaft sich in ihren Rechten verletzt sehen. Sie prüfen, ob Ansprüche auf Sozialleistungen erfüllt sind bzw. prüfen entsprechende Entscheidungen von Sozialleistungsträgern, wenn sie von den Betroffenen nicht akzeptiert werden. In den Gatekeeping-Prozessen sind Jurist_innen sowohl als Erstentscheider über eine Erwerbsminderungsrente und mithin Angestellte der Rentenversicherung tätig,⁶ als auch als Richter_innen in Sozialgerichten, wenn Antragstellende eine ablehnende Entscheidung anfechten. Als Anwält_innen oder in der Sozialrechtsberatung sind ebenfalls Jurist_innen am Gatekeeping beteiligt, haben dort aber eine beratende und begleitende Rolle und keine Entscheidungsfunktion.

Um zu einer rechtlichen Entscheidung zu gelangen, müssen Jurist_innen Tatsachen und Recht aufeinander beziehen. Zur Feststellung der Tatsachen stützen sich Jurist_innen auf externen Sachverstand. Die Aufgabe, das Ausmaß einer Erwerbsminderung zu bestimmen, ist den Mediziner_innen zugewiesen. Sie bewerten auf medizinischer Grundlage die Leistungsfähigkeit der Antragsteller_innen. Dem medizinischen Gutachten kommt im Erwerbsminderungsrentenverfahren eine Schlüsselstellung zu.

Die sozialmedizinischen Gutachter_innen werden von der Rentenversicherung (oder von Sozialgerichten) und nicht von der antragstellenden Person beauftragt.⁷ Sie sind als Angestellte der Rentenversicherung tätig oder führen Gutachten als niedergelassene oder angestellte Ärzt_innen durch, wobei die Gutachten einen mehr oder weniger großen Anteil ihrer Arbeitszeit einnehmen. Neben der Rentenversicherung verfügen auch Arbeitsagenturen und Krankenkassen über sozialmedizinische Dienste, deren Gutachten einbezogen werden können. Behandelnde Ärzt_innen, insbesondere Hausärzt_innen,

6 Sowie in der internen Überprüfung von Entscheidungen, wenn Antragstellende einer Entscheidung widersprechen.

7 Antragsteller_innen können Unterlagen (Gutachten) der frei gewählten behandelnden Ärzte dem Antrag beifügen. Im Sozialgerichtsverfahren können sie zudem unter bestimmten Voraussetzungen Gutachter bestimmen (§ 109 SGG).

innen, können Versicherte zu Rentenanträgen anstoßen, haben im Entscheidungsverfahren aber keine Rolle. Allerdings können sie von den sozialmedizinischen Gutachter_innen um Einschätzungen und Befundberichte gebeten werden.

Vermittlungsfachkräfte in der Arbeitsvermittlung sind die dritte hier einbezogene Berufsgruppe. Ihr Professionsstatus ist deutlich schwächer ausgeprägt, als es bei Mediziner_innen und Jurist_innen der Fall ist, sodass ihre Einordnung als Profession grundsätzlich in Zweifel gezogen wird. Dies wird überwiegend mit dem fehlenden Expertenstatus, den fehlenden Standards in Theorie und Praxis der Arbeitsvermittlung und der fehlenden Standardisierung und Verbindlichkeit von Ausbildungsgängen begründet (siehe Ludwig-Mayerhofer/Behrend/Sondermann 2009, S.293; Bauer/Fuchs/Jung 2015), wichtiger noch dürfte die fehlende Autonomie dieser Berufsgruppe sein. Vermittlungsfachkräfte sind stärker, als es in klassischen Professionen der Fall ist, an die Arbeitsvorgaben ihrer Organisationen (Arbeitsagenturen und Jobcenter) und deren Träger und weniger an anerkannte Standards von Arbeitsvermittlung gebunden. Dem entspricht, dass es keine starken und eigenständigen Berufsverbände gibt. Schütze spricht für die Sozialarbeit insgesamt von einer „bescheidenen Profession“ (Schütze 1992); Oevermann von einer „Semi-Profession“ (Oevermann 1996, siehe auch Oevermann 2000).

Vermittlungsfachkräfte sind insofern Teil des Gatekeeping-Prozesses, weil sie zum einen – ähnlich wie Hausarzt_innen – Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente anstoßen können, und weil sie – insbesondere nach einem ablehnenden Bescheid durch die Rentenversicherung – mit der Aufgabe der Erwerbsintegration von erwerbslosen und leistungseingeschränkten Personen befasst sind.

Die Bedeutung der Erwerbschancen für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit ist ein Streitpunkt, der nicht stillzustellen ist. In der historischen Entwicklung wurde die Aufgabe der Feststellung der Erwerbsfähigkeit der Medizin übertragen, wie Stone (1985) im Vergleich von den USA, Großbritannien und Deutschland gezeigt hat. Doch in der Vermutung (nur am Rande bei der Feststellung) einer Erwerbsminderung, bei den Rechten und der Regulierung der Zumutbarkeit für Erwerbslose mit gesundheitlichen Einschränkungen spielen Erwerbschancen eine wichtige Rolle, weshalb auch die Berufsgruppe mit einbezogen wird, deren Aufgabe in der Erwerbsintegration dieses Personenkreises besteht.

Eine professionssoziologische Perspektive auf die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten einzunehmen bedeutet, Abläufe der Zugangssteuerung zu rekonstruieren, die sich aus der Struktur der Professionen (und

das bedeutet stets auch: ihrer Beziehung zueinander) ergeben und die nicht in den Zuständigkeiten von Organisationen (siehe Abschnitt 2.3.1) und ihrer Vernetzung (siehe Abschnitt 2.3.3) aufgehen. Allgemein kommen hierfür zwei Aspekte in Betracht, die in den empirischen Analysen verfolgt werden sollen:

- Verständigung innerhalb von Professionen über Organisationsgrenzen hinweg: Professionen sind ein organisationsübergreifendes Feld. Ihre Angehörigen sind durch eine gemeinsame Ausbildung und berufliche Sozialisation gekennzeichnet. Sie gehören organisationsübergreifenden Berufsverbänden an und besuchen Fachkongresse. Auch wenn sie in Organisationen mit unterschiedlichen Zielen oder konkurrierend mit gleichen Zielen tätig sind (z. B. in der Arbeitsagentur oder der Rentenversicherung), ist ein Maß an professioneller Verbundenheit, Übereinstimmung und Kommunikation zu erwarten, welches die Ziele und Interpretationsmuster der jeweils eigenen Organisation relativieren könnte.
- Verständigungsprobleme zwischen Professionen innerhalb und zwischen Organisationen: Wegen der professionsspezifischen Fachlichkeit ist zu erwarten, dass die Kommunikation zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen besonderen Risiken ausgesetzt ist. Beispielsweise erwarten Jurist_innen in sozialmedizinischen Gutachten rechtlich verwertbare Aussagen, die Mediziner_innen in der geforderten Eindeutigkeit möglicherweise nicht „von Haus aus“ zu treffen gewohnt sind. Möglicherweise bescheinigen Mediziner_innen eine individuelle gesundheitliche Leistungsfähigkeit, die sie als „erwerbsfähig“ bewerten, für die es aber aus der Erfahrung von Arbeitsvermittler_innen keine Erwerbsmöglichkeit gibt. Derartige Verständigungsprobleme werden zu Lasten der Handlungsmöglichkeiten der „schwächeren“ Profession gehen, können aber auch sinnvolle Weiterentwicklungen in der Zugangssteuerung behindern.

2.3.3 Die netzwerktheoretische Perspektive: die Interaktion der Organisation mit ihrer Umwelt

Gatekeeping kann also von der professionalen Ausrichtung der das Gatekeeping umsetzenden Personen genauso beeinflusst sein wie von den organisationalen Voraussetzungen und den Steuerungsprozessen in Sozialversicherungsorganisationen. Im Folgenden wird die Umwelt der Organisationen in den Blick genommen: das sozialpolitische System, welches die rechtliche und institutionelle Hintergrundfolie von Gatekeeping darstellt, und die darauf basierende

Konstruktion des Entscheidungsfeldes „Zugangssteuerung“ (siehe [Abbildung 1](#)), wo verschiedene Sozialversicherungsorganisationen miteinander interagieren müssen. Wir lehnen uns dabei an die von Fligstein und McAdam (2011) entwickelte Theorie der “strategic action fields” an, welche den Raum einer für ein bestimmtes soziales Thema relevanten Akteurskonstellation beschreiben. Diese „sozialen Felder“ (Bourdieu/Wacquant 1992) unterliegen institutionellen Logiken (Friedland/Alford 1991) und zeichnen sich dadurch aus, dass sie den Raum kollektiven Handelns auf der Meso-Ebene beschreiben und zwar in Bezug auf ein bestimmtes Thema (“what is at stake”), unter Rückbezug auf ein bestimmtes Set an Regeln (“set of rules”) sowie mithilfe eines Interpretationsschemas dazu, wie das Handeln der einzelnen Akteure verstanden werden kann (“set of actors”, Fligstein/McAdam 2011). Die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten lässt sich als ein solch strategisches Handlungsfeld fassen und zwar auf Basis von drei zentralen Merkmalen:

- 1) Dem Bedarf an Absicherung im Falle einer bestehenden Erwerbsminderung (“what is at stake”),
- 2) den Übergängen der Absicherung bei wechselnden Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung (“set of rules”) und
- 3) der regionalen Strukturierung des Zugangs im Rahmen der Regionalträger der deutschen Rentenversicherung (“set of actors”).

Die Interaktion verschiedener Sozialversicherungszweige

Wie in [Abschnitt 2.2](#) beschrieben, ist der Zugang in Erwerbsminderungsrente ein Prozess mit mehreren Stufen. Dies hängt damit zusammen, dass Voraussetzung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente die nicht absehbare Dauer einer gesundheitlichen Einschränkung ist. Da es nur wenige gesundheitliche Diagnosen mit eindeutiger Prognose gibt, ist die Feststellung der genannten Voraussetzung jedoch anforderungsvoll: Im Rahmen des Krankheitsverlaufs treten zunächst andere Sozialversicherungsträger als die Rentenversicherung als Gatekeeper auf, weil diese die soziale Absicherung für einen kurzfristigen Erwerbsausfall übernehmen und in dem Zusammenhang prüfen, inwieweit der kurzfristige Ausfall in einen längerfristigen überzugehen droht. Dies gilt insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung, aber auch die Arbeitslosenversicherung kann hier relevant sein (für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose oder Langzeiterkrankte mit ausgefallenem Krankengeldbezug). Gleichzeitig wird während der akuten Krankheitsphase teilweise auch schon die Rentenversicherung aktiv, und zwar als Träger von Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Diese Arbeitsteilung ist Ausdruck eines ausdifferenzierten Sozialsystems, welches, wie in vielen anderen Wohlfahrtsstaaten auch, zur Bearbeitung verschiedener sozialer Problemlagen in unterschiedliche Politikbereiche gegliedert ist, die bislang auch weitgehend getrennt voneinander operieren. Bogaert et al. (2009) haben hierfür den Begriff der „horizontalen Fragmentierung“ geprägt. Diese Fragmentierung zu überwinden, stellt die Akteure vor große Herausforderungen, weil nicht nur die Politikentwicklung, sondern auch die Erbringung von sozialen Dienstleistungen, bzw. die Zuweisung einer individuellen Sozialleistung selbst, traditionell von dieser Fragmentierung geprägt ist (Øverbø et al. 2010).

Bothfeld und Rouault (2015) beschreiben für das Feld der Gleichstellungspolitik, welche Probleme dabei auf individueller Ebene entstehen können. Das „unteilbare“ Individuum muss die Ansprüche verschiedener Sozialsysteme für sich verarbeiten; dies kann in zeitlicher Abfolge geschehen, z. B. beim Übergang von einem in ein anderes Sozialsystem, oder gleichzeitig, wenn zwei Systeme unterschiedliche Anforderungen in der gleichen Situation stellen.

Diese horizontale Fragmentierung bringt Koordinierungsanforderungen mit sich, wenn soziale Problemlagen effektiv bewältigt werden sollen. Während es einerseits sinnvoll erscheinen mag, besonders weit oben in der Kette anzusetzen, nämlich auf Rechtssetzungsebene, in der Hoffnung, dass das Ergebnis einer besseren Abstimmung von verschiedenen Rechtskreisen auf dieser Ebene dann auch auf untere Ebenen der Rechtsumsetzung wirkt, so sind andererseits Gesetzgebungsverfahren doch auch besonders voraussetzungs- und von politischen Gegebenheiten abhängig. Zudem verfügen untere Umsetzungsebenen oft erst über die notwendigen Kenntnisse darüber, wo Inkomplementaritäten oder ungünstige Wechselwirkungen zwischen den Systemen bestehen, weil sie näher an den individuellen Lebensumständen sind. Es bedarf also einer Koordination auch auf untergesetzlichen Ebenen. Øverbø et al. (2010) unterscheiden dabei die „street-level“-Ebene der Erbringung sozialer (Dienst-)Leistungen von der Meso-Ebene der Organisationen, welche vor dem Hintergrund ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen die Absicherung und Bewältigung von sozialen Risiken strukturieren.

Die Frage, die an die Zugangssteuerung zu stellen wäre, lautet demnach: Wie werden die aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen entstehenden Koordinationsbedarfe auf Ebene der an der Zugangssteuerung beteiligten Sozialversicherungsorganisationen gelöst? Es geht dabei hauptsächlich um *inter*-organisationale Koordination zwischen verschiedenen Sozialversicherungsorganisationen, es kann aber auch *intra*-organisationale Koordinationsbedarfe

geben (z. B. zwischen medizinischem Dienst und sozialrechtlicher Leistungserbringung innerhalb von BA, Krankenkasse oder Rentenversicherung), wenn hier wesentliche Unterschiede in der Aufgabenteilung bestehen. Die Intensität von Koordination kann dabei von gemeinsamer Leistungserbringung („merger“, Øverbye et al. 2010, S. 396–397) über Schnittstellenmanagement und gemeinsamer Zielausrichtung („*inter-agency cooperation*“; Lindsay/McQuaid 2008) bis hin zu informeller Koordination oder reinem Informationsaustausch („Observation“; Aurich-Beerheide/Zimmermann 2017) variieren. Die Variante der gemeinsamen Leistungserbringung ist besonders voraussetzungsvoll und wird selten umgesetzt. Die Literatur führt als Grund dafür die umfangreichen organisatorischen Fragen, die daran geknüpft seien, an. Die örtliche und fachliche Zusammenführung erfordert zudem starke top-down Steuerungsmechanismen (Øverbye et al. 2010), was den Bestrebungen nach Dezentralisierung und individualisierter Leistungserbringung entgegenstehen kann. Aber auch die weniger anspruchsvollen Varianten der Koordination, wie das Schnittstellenmanagement, unterliegen schwierigen Voraussetzungen, wenn die handelnden Akteure auf unterschiedlichen Ebenen agieren (Heidenreich/Aurich-Beerheide 2014), weil die Zuständigkeitsbereiche nicht übereinstimmen (z. B. bundeslandweite Zuständigkeit der DRV-Regionalträger gegenüber lokalen Jobcentern) oder weil der jeweiligen Arbeit sehr unterschiedliche Zielvorstellungen zugrunde liegen (z. B. Arbeitsvermittlung in der Arbeitsagentur vs. soziale Absicherung eines dauerhaften Erwerbsausfalls in der Rentenversicherung). Für die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten kommt der regionalen Ebene eine besondere Bedeutung zu, welche im folgenden Abschnitt als theoretische Grundlage für das strategische Entscheidungsfeld skizziert werden soll.

Die regionale Strukturierung der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten

Die Gestaltung von Sozialpolitik war schon immer in besonderer Weise an geografische Strukturen gebunden: Dies zeigt sich in ihrer Rolle für die Nationenbildung im 19. Jahrhundert ebenso wie in den seit knapp drei Jahrzehnten andauernden Prozessen sozialpolitischer Reformen. Während in den Anfängen von Sozialpolitik der nationale Rahmen für die *rechtliche* Durchsetzung von sozialen Standards von zentraler Bedeutung war (was im Umkehrschluss den Nationalstaat in seiner Identität stärkte), zielen jüngere Reformen auf die *untergesetzliche* Umsetzung auf regionaler Ebene ab und versuchen, die Aufgabenteilung zwischen Nationalstaat und regionaler bzw. lokaler Sozialpolitik neu auszutarieren (sogenanntes „rescaling“, vgl. Kazepov 2010). Dem

liegt die Annahme zugrunde, dass die lokale Ebene besser auf regional geprägte Problemlagen eingehen kann (van Berkel/Graaf/Sirovatka 2012). Aus diesem Grund liegen in manchen Wohlfahrtsstaaten, wie auch in Deutschland, bestimmte Aufgaben in föderaler Verantwortung, wie beispielsweise die Kinder- und Jugendhilfe oder auch die Sozialhilfe, welche bei den Bundesländern angesiedelt sind. Darüber hinaus agieren wesentliche Akteure in der Umsetzung von Sozialpolitik auf regionaler Ebene, auch diejenigen, die zentral durch eine Organisation gesteuert sind.⁸ Der Zugang in Erwerbsminderungsrenten ist (und war für die Arbeiterschaft auch schon vor der Organisationsreform der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2005) regional strukturiert. Die ehemals sogenannten Landesversicherungsanstalten waren rechtlich unabhängig voneinander und auch die nachfolgenden Regionalträger von heute sind rechtlich eigenständige Organisationseinheiten innerhalb der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Versicherten wurden nicht mehr nach Status (Angestellte bzw. Arbeiter), sondern nach einem angestrebten Mengenverhältnis auf die Träger verteilt (55 Prozent regionale DRV-Träger, 40 Prozent DRV Bund, 5 Prozent DRV Knappschaft-Bahn-Sec; DRV o. J.). Hinzu kommt, dass die „vorgelagerten“ Organisationen, also diejenigen Sozialversicherungsorganisationen, die mit potenziellen Erwerbsminderungsfällen als Erstes beschäftigt sind, auch regional strukturiert sind: die Krankenkassen bilden Landesarbeitsgemeinschaften, die Arbeitsagenturen sind nach Agenturbezirken verteilt und die Jobcenter sind auf kommunaler Ebene angesiedelt.

Aus diesen Gründen unterstellen wir im Folgenden, dass es regional abgrenzbare Felder der Zugangssteuerung gibt, innerhalb derer verschiedene Akteure des horizontal fragmentierten Sozialsystems aktiv sind. Nach Therborn (2006) lässt sich die Bedeutung von Orten danach bestimmen, inwieweit sie kollektives Handeln rahmen. Dies tun sie, indem sie

1. die Akteure in ihrem Handeln prägen,
2. als Bezugspunkt für die Handlungen der Akteure dienen,
3. Vollzugsort für die Handlungen sind,
4. die Wirkung der Handlung entscheidend mit prägen und
5. als Ort selbst durch bisherige kollektive Handlungen entscheidend mitgeprägt sind (ebd., S. 512).

Regionale Entscheidungsfelder der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente bestimmen im Wesentlichen mit, wie nationales Sozialrecht in

⁸ Siehe beispielsweise die Organisationsform der Bundesagentur für Arbeit mit ihren Agenturbezirken.

einen individuellen Leistungsanspruch transformiert wird. Die konkrete Abgrenzung kann sich als schwierig gestalten, weil die den verschiedenen Sozialversicherungszweigen zugeordneten Akteure nach unterschiedlichem regionalen Zuschnitt organisiert sein können: Während Jobcenter meist kreis-scharf abgrenzbar sind, gilt dies für Arbeitsagenturen schon nicht mehr und die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung umfassen teilweise mehrere Bundesländer. Es gibt also – neben den Verflechtungen mit anderen Ebenen der Politikgestaltung auf Bundes- und Länderebene – auch unterschiedlich große Schnittmengen zwischen den verschiedenen Akteuren. Dennoch lässt sich ausgehend von einer bestimmten Population, z. B. der Bevölkerung innerhalb einer Kommune, gut bestimmen, welche Akteure zuständig sind (Bezugspunkt der Handlungen) und diese Zuständigkeit vollzieht sich normalerweise auch regional (mit Ausnahme von regionalen Zuständigkeiten der DRV Bund). Der Bezugspunkt für die Handlung „Zugangssteuerung“ ist somit die Region. Gleichzeitig handeln die Akteure vor dem Hintergrund eines regionalen Arbeitsmarktes, einer regionalen Sozialstruktur und eines regionalen Netzwerkes von Akteuren. All dies kann die Wirksamkeit des Handelns der Akteure wesentlich mit beeinflussen. Die regionale Arbeitsmarktlage z. B. kann für die Erwerbchancen von gesundheitlich Eingeschränkten relevant sein (siehe Kapitel 3). Aber auch die demografische Struktur oder andere Lebensverhältnisse können Einfluss auf das Entstehen von Erwerbsminderungsrentenbegehren haben. Darüber hinaus ergibt sich aus der regionalen Verfasstheit der verschiedenen Sozialversicherungsorganisationen eine historisch geprägte Form der Zusammenarbeit, welche für das Handeln der Akteure in genau dieser, aber eben auch nur dieser, Region prägend sein kann. Auch diese Rahmenbedingungen sind Teil des Entscheidungsfelds „Zugangssteuerung“.

Reformen in Richtung einer Dezentralisierung von Sozialpolitik hatten meist zum Ziel, flexiblere und der Implementation auf unteren gesetzlichen Ebenen zugänglichere Formen der Politikgestaltung zu ermöglichen (Bönker 2011). Das heißt, die Politikgestaltung soll responsiver sein und sich stärker an der jeweiligen (lokalen) Situation orientieren können. Laut Bode (2004) führt dies dazu, dass ein Zustand der „Disorganisation“ eintritt: die Ergebnisse wohlfahrtsstaatlicher Politik werden nicht nur dezentraler, sondern gleichzeitig auch heterogener und unterliegen ständigen Aushandlungen über Ressourcen und deren wirksame Verwendung (Bode 2004, S.24). Wie in [Abschnitt 2.3.1](#) beschrieben, lassen sich verschiedene Formen der Entscheidungsfindung in Sozialversicherungsorganisationen unterscheiden. Insbesondere haben sich in Abgrenzung von dem bürokratisch-hierarchischen

Modell sozialpolitischer Steuerung solche mit managerialer, vermarktlicher oder partizipativer Ausrichtung entwickelt. Je nachdem, welche Steuerungsmodelle die Akteure anwenden, ist eine Zusammenarbeit leichter oder schwieriger gestaltbar (Aurich-Beerheide et al. 2015): So ließe sich vermuten, dass Akteure, die nach Kennzahlen arbeiten, nicht ohne weiteres kooperieren können, wenn sie weiterhin jede/r eine eigene Kennzahl verfolgen, ohne gemeinsame Ziele zu definieren. Andererseits eignet sich eine bürokratisch-hierarchische Form der Steuerung für eine Koordination nur dann, wenn sie eine top-down-Steuerung erfordert (s. o.), da für andere Formen der Koordination, z.B. der einzelfallbezogenen, die Voraussetzung des Einholens entsprechender Genehmigungen zu umständlich wäre und die individualisierte Leistungserbringung unnötig erschweren würde. Hierfür wäre notwendig, dass beide Seiten eine partizipativere Form der Steuerung verfolgen.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an organisatorischen Einflussfaktoren, welche die Variante der Koordinationsform beeinflussen: traditionell gewachsene Strukturen der Zusammenarbeit (Künzel 2012), regionale Aufgaben- und Ressourcenverteilungen (Green/Shuttleworth 2010) sowie die Macht einzelner Akteure (Aurich-Beerheide/Zimmermann 2017) können hier eine Rolle spielen.

Traditionell gewachsene Strukturen der Zusammenarbeit können einerseits einen „konservierenden“ Charakter haben, der dafür sorgt, dass eine auf gesetzlicher Ebene angedachte Kooperation oder Koordination nicht zum Tragen kommt (z. B. Künzel 2012). Andererseits sind traditionelle Netzwerke auch im Besonderen an persönliche Beziehungen geknüpft, die sich im Rahmen einer gemeinsamen Laufbahn entwickelt und verfestigt haben. Solche Beziehungen können die Bearbeitung von Koordinationsproblematiken katalysieren, indem sie bestimmte Voraussetzungen zur Aushandlung von Interessen (z. B. Vertrauen) bereitstellen (Zimmermann/Fuertes/Aurich-Beerheide 2016).

Es können – neben traditionellen Netzwerken – aber auch Unterschiede in den Strukturen der regionalen Arbeits- und Aufgabenteilung bestehen. So kann z. B. das Ausmaß an Arbeitslosigkeit die Bedeutung von Akteuren verändern: in Gegenden mit hoher Arbeitslosigkeit hat das Jobcenter beispielsweise eine bedeutsamere Stellung im Gefüge der kommunalen Sozialpolitik als in Regionen mit geringer Arbeitslosigkeit (Aurich-Beerheide/Zimmermann 2017). Entsprechend der jeweils betreuten Klientel (bei hoher Arbeitslosigkeit betreut das Jobcenter oft auch gut qualifizierte Arbeitslose) finden die lokalen Akteure zu speziellen Mustern der Aufgabenteilung, die nicht unbedingt zu dem passen müssen, was die nationale Gesetzgebung vorgibt.

Sowohl aufgrund von traditionellen Netzwerken, aber auch aufgrund von spezifischen Formen der Aufgabenteilung können Machtverhältnisse entstehen, die sich in verschiedenen Varianten (Ressourcen-, Informations- oder Durchsetzungsvorteil) äußern können und die einer Veränderung im Rahmen von Koordination nicht ohne Weiteres zugänglich sein müssen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Zugang in Erwerbsminderungsrenten Gegenstand eines komplexen Entscheidungsfeldes ist, welches aus unterschiedlichen Akteursebenen (vertikale Fragmentierung) sowie unterschiedlichen Sozialversicherungszweigen (horizontale Fragmentierung) zusammengesetzt ist. Dies führt zu Koordinationsanforderungen und ggf. Inkomplementaritäten bzw. Widersprüchen. Für das Zugangsgeschehen in Erwerbsminderungsrenten ist zentral, wie in diesem Feld interagiert wird, wie Spannungen ausgeglichen und unterschiedliche Logiken in Einklang gebracht werden können. Dabei stellen sich folgende Fragen:

- Welche Koordinationsbedarfe gibt es zwischen den Akteursebenen und den verschiedenen Sozialversicherungsorganisationen des Entscheidungsfeldes und wie werden diese gelöst?
 - Werden Koordinationsbedarfe einzelfallbezogen (“street level”) und/oder organisationsbezogen (“meso level”) gelöst?
 - Welche Form der Abstimmung (Ko-Produktion, Schnittstellenmanagement oder Observation) wird gewählt?
 - Welchen Einfluss hat das auf das Zugangsgeschehen?
- Wie unterscheidet sich die Koordination im regionalen Vergleich und welche Auswirkungen kann das auf die regionale Zugangssteuerung haben?

2.4 Fazit: Eine multiperspektivische Analyse

Bei der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten handelt es sich um einen Gatekeeping-Prozess im klassischen Sinn: Die Sozialleistung Erwerbsminderungsrente wird nach Prüfung der individuellen Zugangsvoraussetzungen durch entscheidungsbefugte Personen zugewiesen. Diese entscheidungsbefugten Personen, also die Gatekeeper, verteilen sich auf verschiedene Organisationen, die verschiedenen Sozialversicherungszweigen zugeordnet sind, und innerhalb derer verschiedene Professionen am Prozess der Entscheidungsfindung beteiligt sind. Sowohl für die Beschreibung der konkreten Gestalt des Gatekeeping in der Zugangssteuerung als auch für die Bedingungen, unter denen dieser Zugangsprozess organisatorisch abläuft, liegt mit

diesem Kapitel ein theoretischer Rahmen vor, der im Folgenden mit Blick auf zentrale Aspekte der Untersuchung zusammengefasst wird.

Das Gatekeeping in Erwerbsminderungsrenten ist ein formalisierter Prozess, da den Antragstellenden Repräsentanten von Organisationen gegenüberstehen. Eine wichtige Gruppe dieser Repräsentanten ist als Gutachter_in tätig, d. h. er oder sie tritt mit einem hoch spezifischen Fachwissen den Antragstellenden in einer für die Dauer der Begutachtung begrenzten Interaktion entgegen. Die Interaktion entspricht vermutlich nur in sehr wenigen Aspekten einer Kommunikationsform, die für die Antragstellenden alltäglich üblich wäre. Die Machtasymmetrie zwischen den Gutachter_innen und den Antragstellenden ist darüber hinaus hoch, da erstere über einen enormen Wissensvorsprung in Bezug auf ihre Fachlichkeit und ihre Beurteilungsgrundlagen verfügen. Gleichzeitig ist die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten ein komplexer mehrstufiger Prozess, da sie zum einen nicht nur die Begutachtung, sondern auch sozialrechtliche Entscheidungsprozesse umfasst, und sich zum anderen über mehrere Zweige der Sozialversicherung und die dazugehörigen Sozialleistungsträger erstreckt.

Die Komplexität des Gatekeeping wird im Folgenden mit dem Begriff des „Entscheidungsfeldes“ gefasst. Auf dieses Entscheidungsfeld kann es verschiedene Perspektiven geben, die für das Verstehen von Zugangsdynamiken ertragreich sein können. Diese werden im Folgenden näher vorgestellt.

Erstens lässt sich eine organisationssoziologische Perspektive einnehmen: die Zugangssteuerung erfolgt über Sozialleistungsträger, die – auf Basis rechtlicher Rahmenbedingungen – eine interne Organisationsstruktur ausgebildet haben, die ihr Handeln beeinflusst. Im Rahmen solcher Strukturen werden Aufgaben, Ressourcen, Abläufe und Arbeitsbedingungen der Gatekeeper gestaltet. Mittels Zielformulierungen können Organisationen die Richtung ihres Handelns gestalten und ggf. entsprechenden Ressourceneinsatz daran knüpfen. Darüber hinaus eint die hier genannten Sozialversicherungsorganisationen – unabhängig vom jeweiligen Sozialversicherungszweig – die Tatsache, dass es sich um soziale Dienstleistungsorganisationen handelt, deren Handeln zentral auch von der Stellung des Klienten (in diesem Fall den antragstellenden Versicherten) mit geprägt wird. Hierzu kann es Mitwirkungsregeln geben, aber es können auch Vorgaben zum Umgang mit individuellen Besonderheiten im Leistungsbegehren gemacht werden. Letztlich kann aus dieser formellen Beziehung aber auch immer eine informelle entstehen, was das Handeln der Gatekeeper mit prägt. Schließlich gibt es mittlerweile eine breite Varianz an Steuerungsmodellen, welche die Entscheidungsfindung in sozialen Dienstleistungsorganisationen prägen (Adler 2006).

Zweitens lässt sich eine professionssoziologische Perspektive auf das Entscheidungsfeld einnehmen. Die Gatekeeper verfügen meist über einen hohen Grad an Professionalisierung: Das betrifft zunächst die Gutachter_innen, die einen medizinischen Fachhintergrund haben. Aber auch die sozialrechtlichen Entscheider in den Sozialversicherungsorganisationen verfügen über einen stark professionalisierten Hintergrund, insbesondere wenn es sich dabei um Jurist_innen handelt. Für Klienten- und Sozialarbeit lässt sich ganz allgemein diskutieren, inwieweit nicht auch hier Kriterien einer Profession für deren berufliches Handeln zugrunde liegen. Im Rahmen der Zugangssteuerung müssen die verschiedenen Professionen zusammenarbeiten: die Jurist_innen fällen Entscheidungen auf der Basis von medizinischen Gutachten, die wiederum häufig von anderer Fachlichkeit, die mit dem Fall befasst ist (z.B. Vermittlungsfachkräften oder Leistungsstellen), angeregt wurden. Darüber hinaus ergeben sich durch die Professionen Gemeinsamkeiten über Sozialversicherungsträger hinweg, die für einheitlichere Interpretationsmuster sorgen könnten, als organisationsspezifische Interessen dies möglicherweise erwarten ließen.

Schließlich bietet sich eine netzwerktheoretische Perspektive auf die Zugangssteuerung an, weil der Gatekeeping-Prozess mehrstufig ist und das Entscheidungsfeld verschiedene Akteure und unterschiedliche Sozialversicherungszweige umfasst. Diese horizontale Fragmentierung findet sich auch auf der regionalen Ebene wieder, wo das nationale Recht in einen individuellen Leistungsanspruch transformiert wird. Die Antragsteller_innen durchlaufen im Rahmen ihrer Erkrankung häufig einen längeren Prozess und gehen von einem Leistungsträger zum anderen über. Dabei entstehen Informationen und Verweisungen, auf welche der nachfolgende Träger Bezug nehmen muss. Hieraus ergibt sich ein Koordinationsbedarf, der von den Akteuren als mehr oder weniger dringlich angesehen werden kann. Es stellt sich damit die Frage, wie sich die Akteure im Feld positionieren, welche Verbindungen sie untereinander aufnehmen und wie sie diese pflegen. Dabei interessiert insbesondere, wie sie mit wechselnden Zuständigkeiten umgehen, wie sie die Übergänge bearbeiten und welche Abstimmungsmechanismen sich in der jeweiligen Region entwickelt haben, um Wechselwirkungen und ggf. Inkomplementaritäten auszugleichen. Es ist zu vermuten, dass hierbei regionale Besonderheiten, wie regionale Netzwerke oder Traditionen, eine Rolle spielen. Darüber hinaus gibt es im „disorganisierten Wohlfahrtskapitalismus“ (Bode 2004) eine Reihe unterschiedlicher Steuerungsmechanismen, welche einander mehr oder weniger gut vereinbar gegenüberstehen.

Für die folgende Untersuchung werden alle drei Perspektiven zugrunde gelegt, um dem explorativen Charakter der Untersuchung gerecht zu werden.

3 DIE INANSPRUCHNAHME VON ERWERBS- MINDERUNGSRENTEN IM HISTORISCHEN UND INTERNATIONALEN KONTEXT

3.1 Einleitung: Inhalt und Ziel des Kapitels

Das vorliegende Kapitel analysiert Grundzüge in der Ausgestaltung von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland sowie deren Inanspruchnahme in drei Dimensionen: dem internationalen Vergleich, der historischen Entwicklung und dem innerstaatlichen regionalen Vergleich. Damit werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen sollen *Besonderheiten* der Erwerbsminderungsrenten in der Absicherung bei Erwerbsminderung in Deutschland dargestellt werden. Zum Zweiten sollen *Anhaltspunkte für die Analyse der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten* gewonnen werden.

3.2 Internationale Unterschiede

In allen entwickelten Ländern gibt es soziale Sicherungssysteme bei geminderter Arbeitsfähigkeit. Doch schon die Definition von Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich zwischen Ländern, und noch viel stärker gilt dies für die Sicherungssysteme. Im internationalen Vergleich wird oft die Betroffenheit von lang andauernden gesundheitlichen Einschränkungen zugrunde gelegt. Sie ist im europäischen Vergleich besonders hoch in einigen baltisch-skandinavischen Staaten wie Estland, Dänemark, Finnland und Schweden mit Betroffenheitsraten von ca. 20 Prozent unter der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und relativ niedrig in einigen Mittelmeerstaaten, wie z.B. Spanien und Italien (ca. 10 Prozent; Deutschland: ca. 18 Prozent, OECD 2010, S. 22). Die Informationen hierzu beruhen in der Regel auf Umfragen in der Bevölkerung. Vergleiche zwischen Ländern werden erschwert, insofern die Fragen nach dem Vorhandensein von gesundheitlichen Einschränkungen variieren, mehr aber noch durch Unterschiede in der Einschätzung darüber, ab wann gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Personen aus unterschiedlichen Ländern beantworten die Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen auch dann unterschiedlich, wenn sie hinsichtlich ihres objektivierbaren Gesundheitszustandes ähnlich sind. Es gibt mit Blick auf gesundheitliche Einschränkungen so etwas wie „nationale Antwortstile“ (Börsch-Supan 2011).

Die soziale Sicherung bei Arbeitsunfähigkeit ist auf verschiedene Leistungssysteme verteilt. Von besonderer Bedeutung sind Leistungen bei Krankheit (*sickness*) und Erwerbsunfähigkeit (*disability*). Sie sind in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, auf unterschiedliche Leistungssysteme verteilt. Je nach Voraussetzungen kommt in Deutschland beispielsweise bei zeitlich nicht absehbarer Erwerbsminderung eine Erwerbsminderungsrente oder die Grundsicherung bei Erwerbsminderung (ggf. auch beides parallel) in Frage. Auch die Sicherung bei Arbeitslosigkeit und für das Alter können Sonderregelungen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen vorsehen. Diese Vielfalt an Sozialleistungen erschwert den internationalen Vergleich hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme, deren Ursachen, sowie der sozialpolitischen Herausforderungen und der eingeschlagenen Reformpfade zusätzlich. Hinzu kommt, dass sich die relativen Häufigkeiten unterschiedlicher Gründe für Nichterwerbstätigkeit zwischen entwickelten Ländern stärker unterscheiden als die relative Häufigkeit von Nichterwerbstätigkeit (bzw. ihres Gegenpols: der Erwerbstätigkeit) insgesamt.

Wie Erlinghagen und Knuth (2010) zeigen, beziehen zwischen 20 und 25 Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung in verschiedenen europäischen Ländern Sozialleistungen, doch die Art der Sozialleistung variiert viel stärker: Zum Zeitpunkt der Datenauswertung (2004) war der Anteil der Rentenempfänger unter den Personen im erwerbsfähigen Alter in Frankreich beispielsweise zehnmal so hoch wie in den Niederlanden (6,4 zu 0,6 Prozent). In Dänemark war der Anteil von Personen mit Leistungen wegen Krankheit und Erwerbsunfähigkeit doppelt so hoch wie in Deutschland (11,3 zu 5,8 Prozent). Und in Deutschland gab es etwa viermal so viel Leistungsbezieher wegen Arbeitslosigkeit wie im Vereinigten Königreich (7,7 zu 1,9 Prozent, ebd., S.73). Unter anderem wegen dieser auffallend großen Unterschiede, die mit funktionalen Anforderungen in Bezug auf Arbeitsmärkte kaum zu erklären sind, sprechen Erlinghagen und Knuth (2010) daher von der Arbeitslosigkeit als einem „institutionellen Konstrukt“. Mit mindestens ebenso großer Berechtigung kann man den Status „erwerbsunfähig“ als institutionelles Konstrukt bezeichnen. Beide Konstrukte führen dazu, dass das Ausmaß von Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit verschleiert wird („hidden sickness“ bzw. „hidden unemployment“, Beatty/Fothergill/MacMillan 2000). Gleichwohl gibt es im internationalen Vergleich einige Gemeinsamkeiten und charakteristische Unterschiede in der Betroffenheit von Erwerbsunfähigkeit und der sozialen Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit, die im Folgenden vorgestellt werden.

In nahezu allen europäischen Ländern übersteigen die öffentlichen Ausgaben für Einkommensersatzleistungen bei Krankheit und Erwerbsminder-

rung jene für Arbeitslosigkeit, in einigen Ländern sogar um das Zehnfache (oder mehr). Hierunter befinden sich zum einen skandinavische Staaten (Island und Norwegen), aber auch das Vereinigte Königreich und die Slowakische Republik. Bezogen auf die gesamten öffentlichen Sozialausgaben wenden alle skandinavischen Staaten einen überdurchschnittlichen Anteil für Einkommensersatzleistungen bei Krankheit und Erwerbsminderung auf; dieser Schwerpunkt ist jedoch nicht regional begrenzt, sondern gilt auch für die Niederlande, die Tschechische Republik und die Schweiz (siehe Tabelle 2). Nur in einigen wenigen Ländern stellt sich die Situation anders dar: Länder wie Frankreich, Deutschland und Spanien wenden für beide Formen der Einkommenskompensation ungefähr gleich viel auf, in Belgien übersteigen die Mittel für die Absicherung bei Arbeitslosigkeit jene bei Krankheit und Erwerbsminderung. Alle vier Länder sind dadurch charakterisiert, dass die öffentlichen Sozialausgaben wegen Krankheit und Erwerbsunfähigkeit niedrig sind und unter dem OECD-Durchschnitt (nicht nur unter dem europäischen Durchschnitt) liegen.

In den meisten Ländern sind die Ausgaben für Einkommensersatzleistungen bei Krankheit und Erwerbsminderung zumindest relativ – gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts – gesunken oder konstant geblieben. Lediglich Island bildet eine Ausnahme; Dänemark und die Schweiz weisen keinen klaren Trend auf.⁹ In Deutschland sind die Ausgaben kontinuierlich rückläufig, wobei der Rückgang in den 1990er-Jahren bei Leistungen wegen Erwerbsminderung und in den Jahren 2000 bis 2007 bei Leistungen wegen Krankheit verzeichnet ist. Der Ausgabenrückgang ist besonders markant – auch wegen des hohen Ausgangsniveaus – in den Niederlanden, wo sich der Ausgabenanteil halbiert hat, am Ende (2007) aber immer noch doppelt so hoch wie im OECD-Durchschnitt ist. Hierzu hat der Rückgang von Leistungen für Erwerbsunfähigkeit etwas stärker beigetragen als der Rückgang von Leistungen bei Krankheit. Im Vereinigten Königreich, einem anderen in der Literatur breit diskutierten Land, sind die Ausgaben während der 1990er-Jahre deutlich gestiegen und danach ebenso deutlich gesunken, sodass die Ausgaben 2007 gegenüber dem Referenzjahr 1990 nahezu konstant waren.

9 Für Ungarn und die Slowakische Republik werden für 1990 Ausgaben von 0 Prozent des BIP ausgewiesen.

Anteil der Ausgaben für Einkommensersatzleistungen bei Krankheit und Erwerbsminderung am Bruttoinlandsprodukt im europäischen Vergleich, 1990, 2000, 2007

	Disability			Sickness			Disability and Sickness			in % of public social spending	
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007		in % of unemployment
	in % of GDP			in % of GDP			in % of GDP				
Austria	2,0 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,1 %	1,0 %	3,3 %	2,4 %	2,4 %	278 %	9 %
Belgium	1,4 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	0,7 %	0,8 %	2,8 %	1,9 %	2,1 %	77 %	8 %
Czech Republic	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %	1,2 %	0,9 %	2,2 %	2,3 %	2,1 %	371 %	12 %
Denmark	1,6 %	1,5 %	1,8 %	1,4 %	1,1 %	1,4 %	3,0 %	2,6 %	3,2 %	455 %	12 %
Finland	2,1 %	1,9 %	1,8 %	1,5 %	1,2 %	1,2 %	3,6 %	3,1 %	3,0 %	250 %	12 %
France	0,9 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	1,5 %	1,5 %	1,4 %	109 %	5 %
Germany	0,7 %	0,1 %	0,1 %	1,7 %	1,6 %	1,3 %	2,4 %	1,7 %	1,4 %	103 %	5 %
Greece	1,0 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %	1,8 %	1,4 %	1,2 %	272 %	6 %
Hungary	0,0 %	0,2 %	1,3 %	0,0 %	0,7 %	0,6 %	0,0 %	0,9 %	1,9 %	315 %	8 %
Iceland	0,9 %	1,7 %	2,1 %	1,5 %	1,4 %	1,5 %	2,4 %	3,1 %	3,6 %	1895 %	24 %

3 Die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten im historischen und internationalen Kontext

Ireland	0,5 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %	1,3 %	1,2 %	1,6 %	163 %	10 %
Italy	1,2 %	0,9 %	0,7 %	0,9 %	0,7 %	0,5 %	2,1 %	1,6 %	1,2 %	351 %	5 %
Luxembourg	2,0 %	1,7 %	1,0 %	0,6 %	0,6 %	0,8 %	2,6 %	2,3 %	1,8 %	269 %	9 %
Netherlands	4,7 %	2,7 %	2,1 %	2,9 %	2,2 %	1,6 %	7,6 %	4,9 %	3,7 %	324 %	18 %
Norway	2,5 %	2,3 %	2,5 %	2,6 %	2,7 %	2,3 %	5,1 %	5,0 %	4,8 %	2403 %	23 %
Poland	2,1 %	2,0 %	1,2 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	2,8 %	2,7 %	1,8 %	993 %	9 %
Portugal	1,7 %	1,7 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	172 %	8 %
Slovak Rep.	0,0 %	0,9 %	0,8 %	0,0 %	1,0 %	0,3 %	0,0 %	1,9 %	1,1 %	1087 %	7 %
Spain	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %	1,0 %	1,1 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	107 %	10 %
Sweden	1,9 %	2,0 %	2,2 %	3,1 %	2,0 %	1,4 %	5,0 %	4,0 %	3,6 %	545 %	13 %
Switzerland	1,0 %	1,8 %	1,9 %	1,2 %	1,1 %	1,0 %	2,2 %	2,9 %	2,9 %	462 %	16 %
Turkey	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	-	1 %
UK	1,6 %	2,0 %	1,9 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %	2,2 %	2,7 %	2,3 %	1126 %	11 %
OECD	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %	2,3 %	2,1 %	2,0 %	284 %	10 %

Quelle: OECD 2010, S. 58.

Obwohl der Trend in den relativen Ausgaben rückläufig ist, sind die Zahlen der erwerbsgeminderten Leistungsbeziehenden in den meisten europäischen Ländern steigend (OECD 2010, S. 59). In allen europäischen Ländern steigt die Zahl von Personen, die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit beziehen, mit dem Alter an. Das ist Ausdruck der mit dem Alter rückläufigen Gesundheit. Der Altersgradient fällt allerdings unterschiedlich aus. Er ist beispielsweise besonders hoch in Luxemburg und Österreich, was wiederum auf die Ausgestaltung der nationalen Sicherungssysteme deutet, die das Alter und die Einkommenschancen auf dem Arbeitsmarkt in unterschiedlicher Weise berücksichtigen. Eine Folge der zunehmenden Frauenerwerbsbeteiligung ist, dass auch der Frauenanteil unter den Leistungsbeziehenden steigt. Ein weiterer genereller Trend ist, dass in allen europäischen Ländern immer mehr Personen aufgrund psychischer Krankheiten Leistungen wegen Erwerbsminderung erhalten; ihr Anteil hat sich in Deutschland (und Schweden) zwischen 1995 und 2008 etwa verdoppelt (OECD 2010, S. 62).

Neben dem demografischen Wandel – der alternden Erwerbsbevölkerung – gibt es einen weiteren potenziell einflussreichen Faktor für die Inanspruchnahme von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit: die konjunkturelle Lage. In einer ungünstigen wirtschaftlichen Situation werden bei schrumpfendem Personalbedarf eher Menschen verdrängt, die gesundheitlich nicht voll leistungsfähig sind, und es wird gesellschaftlich eher akzeptiert, dass sie ihre Existenz nicht aus einem Erwerbseinkommen sichern können. Die empirische Evidenz zu dieser an sich plausiblen Überlegung ist jedoch gemischt, wie die Daten der OECD zeigen (OECD 2010, S. 34 ff.). Demnach ist in einer Reihe von Ländern ein Zusammenhang zwischen Wachstumsraten und der Inanspruchnahme von Leistungen dergestalt zu beobachten, dass mit schrumpfenden Wachstumsraten die Zahl der Beziehenden von Erwerbsminderungsrenten (oder ähnlicher Leistungen) ansteigt. Beispiele hierfür sind etwa das Vereinigte Königreich oder auch skandinavische Länder mit hohen Erwerbsminderungsraten wie Norwegen oder Schweden. Es handelt sich hier aber nicht um ein universelles Muster; abweichende Fälle sind z. B. die Niederlande und Finnland. Wo sich der Wirtschaftszyklus aber auf die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten auswirkt, geschieht dies überwiegend nur in geringfügigem Ausmaß. Die Personengruppe, die wegen konjunktureller Einbrüche in Erwerbsminderungsrente kommt, ist klein. Wichtiger ist die Beobachtung, dass wirtschaftskrisenbedingte Anstiege in der Zahl der Erwerbsminderungsrentner_innen in der Regel zu einer Verfestigung in der Erwerbsminderungsrente geführt haben, die bei einem nachfolgenden Wirtschaftsaufschwung nicht wieder aufgeweicht wurde:

“Recessions often translated into a structural problem for the disability benefit system, with the beneficiary rate remaining high after economic recovery” (OECD 2010, S. 34).

Wenn, wie in der jüngsten Vergangenheit in Ländern wie den Niederlanden, Schweden, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich, ein Rückgang der Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten zu beobachten war, dann war dies eher auf Reformen in den Leistungssystemen und nicht auf wirtschaftliche Entwicklungen zurückzuführen.

Dies lenkt den Blick auf die Ausgestaltung der Sicherungssysteme bei langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und insbesondere auf die Möglichkeiten, wie diese Systeme den Zugang, den Verbleib und den Abgang aus der Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit regeln. Im Bericht der OECD werden drei Politik-Cluster unterschieden (sozialdemokratisch, liberal und korporatistisch), die darauf beruhen, inwiefern die Politik einerseits auf die Erwerbsintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen gerichtet ist (*integration policy*) und andererseits auf die Kompensation von Einkommensverlusten, die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen bedingt sind, zielt (*compensation policies*). Jede dieser beiden Dimensionen ist mit 10 Indikatoren operationalisiert, für die für jedes Land je nach Ausprägung eines Indikators zwischen 0 und 5 Punkte vergeben werden (siehe Tabelle 3).

Die Klassifizierung der Systeme als „sozialdemokratisch“, „liberal“ und „korporatistisch“ lehnt sich an die häufig genutzte Typologie von Esping-Andersen über die Vielfalt von Wohlfahrtsstaaten an (Esping-Andersen 1990),¹⁰ beruht aber auf einer eigenständigen Zuordnung der Länder zu diesen Typen. Das *sozialdemokratische* Cluster ist gekennzeichnet durch eine relativ großzügige Kompensationspolitik mit einer breiten Einbeziehung der Bevölkerung und niedrigen Zugangsschwellen sowie durch eine vielfältige und ebenfalls leicht zugängliche Integrationspolitik, mit einem besonders starken Fokus auf beruflicher Rehabilitation und Unterstützung für jene, die arbeiten können und wollen. Auf der anderen Seite gibt es auch starke Anreize, langfristige Leistungen zu beziehen. Diese Politik gilt als relativ kostenintensiv und führt

¹⁰ Esping-Andersen (1990) klassifizierte westliche Wohlfahrtsstaaten entlang der Wohlfahrtsproduktion aus einem Mix von marktlichen, staatlichen und familialen Strukturen, der Sicherung der Arbeitskraftanbieter gegen Marktrisiken (De-Kommodifizierung durch Sozialpolitik), den Wirkungen des Sozialstaates auf soziale Schichtung (Stratifizierung) und ordnete Länder dann Typen zu, die die Bezeichnungen „liberal“, „konservativ“ und „sozialdemokratisch“ trugen. Die hier vorgestellte Typisierung der OECD bedient sich nicht der von Esping-Andersen genutzten Indikatoren, findet aber Typen, die den Wohlfahrtsstaatstypen nach Esping-Andersen verwandt erscheinen, wenngleich nicht alle Länder in identischer Weise zugeordnet werden.

nicht notwendigerweise zu den höchsten Beschäftigungsraten (OECD 2010, S. 89). Das *liberale* Modell ist demgegenüber gekennzeichnet durch eine deutlich weniger großzügige Kompensationspolitik mit niedrigeren Lohnersatzraten und höheren Hürden, um Leistungen zu erhalten. Dies schließt auch die Verfügbarkeit für den gesamten Arbeitsmarkt ohne Berufsschutz ein. Die Arbeitsanreize in diesem Projekt sind stark ausgeprägt (ebd.). Das *korporatistische* Modell nimmt eine Zwischenposition sowohl hinsichtlich der Kompensationspolitiken als auch der Integrationspolitiken ein. Als typisch werden eine geringe Abdeckung in der Bevölkerung, berufsbezogene Feststellungsverfahren und wenig flexible Arbeitsanreize hervorgehoben (ebd., S. 90).

In **Tabelle 3** sind neben den Indikatoren für die beiden Dimensionen auch die Ausprägungen für Länder, auf die in der internationalen Diskussion häufig Bezug genommen wird und wie sie etwa dem Jahr 2007 entsprechen, dargestellt. Demnach zeichnet sich Deutschland dadurch aus, dass schon bei teilweiser dauerhafter gesundheitlicher Beeinträchtigung Leistungen verfügbar sind (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung). Dies ist für das sozialdemokratische Cluster insgesamt charakteristisch. Das Leistungsniveau gilt jedoch (untypisch für das Cluster) als wenig großzügig. Hingegen sind die Leistungen bei Krankheit großzügig, und die Kontrolle des Krankengeldbezuges ist sehr schwach ausgeprägt, da sie im Allgemeinen lediglich auf Krankschreibungen der Hausärzte beruht. In der Integrationspolitik ist für Deutschland der starke und frühe Bezug auf die berufliche Rehabilitation charakteristisch, und auch die Beschäftigungsförderung abseits der geschützten Beschäftigung (in Werkstätten) ist durch den Kündigungsschutz für Schwerbehinderte, Integrationsprojekte, das Betriebliche Eingliederungsmanagement sowie Zuschüsse an Arbeitgeber für die Einstellung und Beschäftigung von Schwerbehinderten und Rehabilitanden vergleichsweise ausgebaut, wie es dem sozialdemokratischen Cluster insgesamt entspricht.

Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einem der drei Politikcluster hat die OECD einen Politikwechsel festgestellt, mit dem die Integration in Beschäftigung betont wird. Dies umfasst so unterschiedliche Maßnahmen wie z. B. die Erhöhung von Ausgleichszahlungen, wenn Arbeitgeber nicht den vorgeschriebenen Anteil von Arbeitsplätzen mit Schwerbehinderten besetzen (Italien), ein stärkerer Einsatz der geförderten Beschäftigung (Schweden) oder eine stärkere Verantwortung von Arbeitgebern für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von erkrankten Mitarbeitern (Niederlande) (Beispiele nach OECD 2010, S. 79). Zudem ist die Niederlande ein Beispiel für eine starke Ausweitung einer bis in die 1990er-Jahre hinein kaum existierenden beruflichen Rehabilitation, deren Durchführung – ebenso wie eine lange

Indikatoren für Kompensations- und Integrationspolitik

Kompensationspolitik	D soz.- dem.	NL soz.- dem.	S soz.- dem.	UK liberal	B korp.	I korp.
Abdeckung der Bevölkerung	3	4	5	3	3	3
mindestens erforderliche Behinderung/EM	5	4	5	1	2	2
GdB oder EM für volle Leistung	3	2	1	2	3	0
Lohnersatzrate (max.)	2	3	5	1	1	3
Dauerhaftigkeit der Leistung	1	2	4	2	4	1
medizinische Bewertung	3	1	3	3	2	1
berufliche Bewertung	2	0	1	1	4	3
Lohnersatzrate Krankengeld	4	4	4	1	2	3
Dauer Krankengeld	4	4	4	2	2	5
Kontrolle des Krankengeldbezugs	5	0	5	5	2	5
Integrationspolitik						
Abdeckung/Zugang zu Programmen	4	4	3	4	3	4
Verantwortlich für die Inanspruch- nahme	0	4	4	4	3	2
Arbeitgeberverantwortung, Antidiskriminierung	4	4	5	4	3	4
unterstützte Beschäftigung	5	2	2	3	1	1
geförderte Beschäftigung	4	2	4	1	5	1
geschützte Beschäftigung	3	4	3	2	2	2
berufliche Rehabilitation	5	4	3	1	2	0
Zeitpunkt der Rehabilitation	5	4	3	3	3	2
Verzögerung des Leistungsbezuges	2	2	5	5	2	0
zusätzliche Arbeitsanreize	2	5	0	5	0	2

Anmerkungen: D: Deutschland, NL: Niederlande, S: Schweden, UK: Vereinigtes Königreich, B: Belgien, I: Italien, soz.-dem.: sozialdemokratisch, korp.: korporatistisch; 0 = restriktiv, 5 = großzügig

Quelle: OECD 2010, S.99.

Zahlung des Krankengeldes von bis zu zwei Jahren – in den Händen der Arbeitgeber liegt (Mittag et al. 2014b).

Insbesondere in Ländern mit einer ausgeprägten Kompensationspolitik – also den sozialdemokratischen und korporatistischen, weniger in den liberalen Ländern – war jedoch auch ein Rückgang von Kompensationen zu verzeichnen. Hierzu gehören beispielsweise die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage jeder denkbaren und nicht der erlernten oder bislang ausgeübten Arbeit (Niederlande, seit 1993) sowie die Anhebung des Ausmaßes der Erwerbsunfähigkeit als Voraussetzung für eine Leistung. Sie wird in den Niederlanden als Verlust des Vermögens, das bisherige Einkommen zu erzielen, bestimmt. Die Mindestgrenze wurde 2006 von 15 auf 35 Prozent angehoben (OECD 2010, S.83). Die Reform der Erwerbsminderungsrenten in Deutschland von 2001 ist in dieser Hinsicht besonders ausgeprägt (siehe dazu [Abschnitt 6.1](#) und insbesondere [Abschnitt 6.1.2](#)).

Dieser kurze internationale Überblick zeigt den hohen Stellenwert der sozialen Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit, die durch die demografische Entwicklung in zweifacher Hinsicht zunehmen wird: zum einen aufgrund der demografischen Alterung, und zum anderen aufgrund des Strebens nach einer besseren Ausschöpfung des Erwerbspersonenpotenzials, was bedeutet, dass in zunehmendem Maß gesundheitlich beeinträchtigte Personen erwerbstätig sein sollen. Trotz der engen Verbindung von individueller Erwerbsfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit zu den Erwerbchancen am Arbeitsmarkt gibt es kein generelles Muster einer engen wechselseitigen Verbindung. Zwar gibt es Anzeichen dafür, dass in wirtschaftlichen Strukturkrisen die Inanspruchnahme von Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit zunimmt; ein Rückgang bei verbesserter wirtschaftlicher Lage ist jedoch kaum zu beobachten.

3.3 Herausbildung und Entwicklung der Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit in Deutschland

Invalidenrenten in der Frühphase der Gesetzlichen Rentenversicherung

Mit der Einführung der Gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (verabschiedet 1889, in Kraft seit 1891) wurden die großen Sozialreformen des Kaiserlichen Deutschland zum Abschluss gebracht und der Grundstein für die weitere Entwicklung der Absicherung bei Erwerbsunfähigkeit gelegt. Die Entscheidungen aus der Entstehungszeit reichen teilweise bis in die heutigen Prinzipien und Strukturen der Rentenversicherung. Dies beginnt be-

reits mit der engen Verknüpfung des Erwerbsunfähigkeitsrisikos – oder, wie es damals hieß, des Invaliditätsrisikos – und des Altersrisikos. Das Gesetz, mit dem die Rentenversicherung in Deutschland begründet wurde, das „Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung“ (IAVG) führte in seinem Titel die Invalidität noch vor dem Alter auf. Die Altersgrenze für den Bezug einer Altersrente von 70 Jahren fungierte als eine Altersgrenze, ab der eine individuelle Prüfung der Erwerbsunfähigkeit unterbleiben konnte und ohne Weiteres von einer Invalidität auszugehen war. Die Vorstellung einer dritten und vierten Lebensphase und die Erwartung einer abgesicherten Lebensphase nach der Erwerbsphase in guter Gesundheit existierte damals noch nicht; erst recht nicht für den Personenkreis, auf den sich die Rentenversicherung zunächst beschränkte, nämlich Arbeiter_innen und andere abhängig Beschäftigte einschließlich der „kleinen“ Angestellten mit höchstens 2.000 RM Jahreseinkommen.

„Nicht der verdiente Ruhestand nach hartem Arbeitsleben war der Grundgedanke der Altersrente, sondern die als selbstverständlich angenommene Invalidität“ (Haerendel 2011, S.7).

Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität war definiert als Verlust des Erwerbsvermögens, verstanden als Verlust, aus Erwerbstätigkeit ein Mindesteinkommen zu erzielen. Invalidität lag vor, wenn ein Beschäftigter

„infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr in der Lage war, ein Lohndrittel zu verdienen, das sich aus einem Sechstel des eigenen durchschnittlichen Lohnsatzes in den vergangenen fünf Beitragsjahren und einem Sechstel des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter zusammensetzte“ (Haerendel 2011, S.17).

Die Invalidität wurde also anhand des erzielbaren *Arbeitseinkommens* bestimmt, und nicht, wie heute, anhand der noch möglichen *Arbeitszeit*. Das Mindesteinkommen wurde ursprünglich aus einer Mischung von ortsüblichen und bisherigen individuellen Verdiensten bestimmt. Es gab also weder einen Verweis auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, noch erfolgte eine vollständige Bindung an das individuell erreichte Einkommensniveau. Vielmehr fand eine „Teilindividualisierung“ statt. Einen Berufsschutz gab es ursprünglich nicht, ohnehin war das System der industriellen Berufe erst noch im Entstehen begriffen.

Die Beiträge (und Leistungen) waren in vier Lohnklassen zusammengefasst, in die die Arbeiter_innen aufgrund der für ihre jeweilige Kategorie errechneten Durchschnittsverdienste eingeordnet wurden. Auch dies trug zur „Teilindividualisierung“ des Rentenanspruchs bei. Die zumutbare Arbeit

musste den „Kräften und Fähigkeiten“ entsprechen (Haerendel 2011, S. 17). In den Entwürfen zu dem Gesetz war noch die Rede davon, dass die zumutbaren Arbeiten „den vorhandenen Arbeitsgelegenheiten entsprechende Arbeiten“ sein müssten. Davon wurde Abstand genommen, „weil man sich außer Stande sah, Arbeitslosenrisiken irgendwie mitzuversichern“ (ebd.). Finanziert wurde die Versicherung zu je einem Drittel aus Beiträgen von Arbeitnehmer_innen, Arbeitgebern und einem Reichszuschuss. Bismarck hatte ursprünglich eine vollständige Finanzierung durch Mittel des Reiches angestrebt, setzte sich damit aber nicht durch.

Von Anfang an hatte die Rentenversicherung einen Rehabilitationsauftrag. Die Rentenversicherung konnte für nicht krankenversicherte Arbeiter_innen Heilverfahren einleiten und von den Krankenkassen der krankenversicherten Arbeiter_innen Heilverfahren verlangen (gegen Kostenerstattung), „sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen [befürchten] ist“ (§ 12 IAVG). Wirkte der bzw. die Versicherte bei den Heilverfahren nicht mit, verlor er bzw. sie den Anspruch auf Invalidenrente (ebd.).

Mit dem Invalidenversicherungsgesetz (IVG) von 1899 wurde die Definition von Erwerbsunfähigkeit modifiziert. Erwerbsunfähig waren demnach

„Personen, deren Erwerbsfähigkeit infolge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn sie nicht mehr im Stande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen“ (§ 5 Abs. 4 IVG, zit. nach Haerendel 2011, S. 21).

Der Maßstab blieb also das Arbeitseinkommen und nicht die Arbeitszeit, doch es wurde das von Beginn an angelegte Konzept der zumutbaren Arbeit dahingehend konkretisiert, dass alternative zumutbare Arbeit nicht nur den vorhandenen Kräften und Fähigkeiten zu entsprechen hatte, sondern auch die bisherige Ausbildung und der bisherige Beruf zu „berücksichtigen“ waren, d. h. die zumutbaren Verweisungstätigkeiten waren nicht auf die bisherige Ausbildung und den bisherigen Beruf beschränkt. Durch die „Berücksichtigung“ der bisherigen Ausbildung und des bisherigen Berufes wurde aber auch nicht auf jede beliebige Tätigkeit verwiesen. Wohl auch wegen der vereinfachten Einkommensgrenze kam es zu einem Anstieg der bewilligten Renten.

„Die unteren Verwaltungsbehörden und Versicherungsanstalten interpretierten die Drittelgrenze, die mit ihrem Bezug auf das Lebens- und Berufsumfeld des Versicherten bereits den Übergang von der Erwerbsunfähigkeit zur Berufs-

unfähigkeit andeutete [...], offenbar recht großzügig und begnügten sich nicht selten mit einfachen ärztlichen Attesten“ (ebd.).

Zwischen 1892 und 1913 wurden ca. 80 Prozent der Anträge auf Invalidenrente in der ersten Instanz anerkannt (Kaschke 2000, S. 127).

In den ersten Jahren der Rentenversicherung wurde ein Rentenantrag bei der nächsten erreichbaren Behörde gestellt (z. B. dem Ortsvorsteher auf dem Land oder der Ortspolizeibehörde in der Stadt). Dort wurde er mit Vermerken versehen an die unterste Verwaltungsbehörde (z. B. Landrat, Stadtmagistrat) weitergereicht, wo eine Entscheidung vorbereitet wurde. Mit einem Entscheidungsvorschlag versehen, wurden die Akten den Landesversicherungsanstalten (LVA) übergeben, wo erstinstanzlich über den Rentenantrag entschieden wurde. Etwa 90 Prozent der Anträge wurden auf diesem Weg entschieden (Kaschke 2000, S. 129). Die Rentenantragstellenden konnten auf drei Wegen Einfluss auf den Rentenantrag nehmen. Sie waren erstens ohnehin aufgefordert, die Invalidität zu belegen, und hierfür konnten sie sich eines ärztlichen Fachpersonals bzw. ärztlichen Gutachtens bedienen. „Mit einem überzeugenden Attest war die Rentenbewilligung bis 1900 in den meisten Fällen Formsache“ (ebd.). Sie konnten zweitens die Hilfe eines Arbeitersekretärs oder eines „wohlmeinenden Verwaltungsbeamten“ (Kaschke 2000, S. 129) in Anspruch nehmen und sich zu den Anforderungen und Erfolgsaussichten ihres Rentenantrages beraten lassen. Und sie hatten drittens die Möglichkeit, ihr Anliegen direkt gegenüber der LVA zu vertreten, was insbesondere dann in Frage kam, wenn die unterste Verwaltungsbehörde den Antrag nicht unterstützen wollte. In diesem Fall musste seit 1900 eine mündliche Verhandlung stattfinden. Diese Eingriffsmöglichkeiten der Versicherten trugen zu einer hohen Akzeptanz der neuen Versicherung selbst im Fall ablehnender Bescheide bei.¹¹

Trotz einer als allgemein großzügig bewerteten „versichertenfreundlichen Verwaltungspraxis“ (Kaschke 2000, S. 139) ließen sich regionale Unterschiede in der Bewilligungspraxis der Landesversicherungsanstalten rekonstruieren. Die Provinzen Ostpreußen, Pommern, Posen, Schlesien und Westpreußen repräsentierten 1899 nur 20 Prozent der Versicherten und

11 Im Gegensatz dazu standen die Verfahren in der Unfallversicherung, in denen der Unfallhergang von Polizeibehörden ermittelt wurde (und in diesem Zusammenhang auch die Betroffenen als Zeugen (!) einbezogen wurden) und auf dieser Grundlage von den Berufsgenossenschaften ohne weitere Anhörung der Versicherten entschieden wurden. Erst im Widerspruchsverfahren bei ablehnendem Bescheid konnten sich die Versicherten wieder einschalten. Die Ablehnungsquoten der Berufsgenossenschaften waren höher und ihr Ansehen bei den Arbeiter_innen niedriger als die Rentenversicherung (Kaschke 2000).

30 Prozent der Rentenanträge, aber knapp 60 Prozent aller Ablehnungen im Deutschen Reich. Den dort sesshaften Polen „wurde seitens der Behörden eine körperliche und moralische Inferiorität attestiert [...]. Dies hätte nach Ansicht der unteren Verwaltungsbehörden zu einer allgemeinen Rentensucht geführt“ (ebd., S. 140), während in anderen Teilen des Reiches deutschen Versicherten sehr viel mehr Verständnis für ihre Rentenangelegenheiten entgegengebracht und Unterstützung im Verfahren gewährt wurde.

Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit kam dem medizinischen Gutachten eine zentrale Rolle zu. Auch wegen Arbeitsüberlastung in den untersten Verwaltungsbehörden und begünstigt durch das Fehlen verbindlicher Richtlinien und Formulare in den ersten Jahren der Rentenversicherung „bürgerte sich [...] die Praxis ein, die Gutachten de facto über den Rentenantrag entscheiden zu lassen“ (Kaschke 2000, S. 133). Um die Jahrhundertwende und zeitlich im Zusammenhang mit der ersten größeren Korrektur des IAVG durch das IVG setzten Bestrebungen der Zentralinstanz der Rentenversicherung ein, die Rentenverfahren reichsweit zu vereinheitlichen und die medizinischen Gutachter_innen auf die Rolle eines „sachverständigen Gehilfen“ zurückzudrängen. Dies sollte umgekehrt die zuständigen Verwaltungsbeamten aufwerten, die nun die körperlichen und geistigen Einschränkungen der Versicherten und ihre Beschäftigungsmöglichkeiten im zumutbaren Arbeitsmarkt für eine Entscheidung zu verbinden hatten. Doch während die Vereinheitlichung der Rentenverfahren vorangetrieben werden konnte, blieb das ärztliche Gutachten das „Schlüsseldokument“ im Rentenverfahren (Kaschke 2000, S. 134). Als Grund hierfür wird nicht nur die Arbeiterleichterung für die Verwaltungsbeamten, sondern auch die „deutliche Reduzierung der persönlichen Verantwortung“ der Verwaltungsbeamten angeführt (ebd., S. 135).

Zusammenfassend ist für die Frühphase der Renten wegen Erwerbsminderung festzuhalten, dass der Maßstab der Erwerbsunfähigkeit ursprünglich die Unmöglichkeit war, ein Einkommen zu erwirtschaften. Damit wurden die wirtschaftlichen Folgen des Verlustes des individuellen Arbeitsvermögens (und nicht das individuelle Arbeitsvermögen selbst, das in Arbeitsstunden zu messen wäre) abgesichert. Weiterhin ist die Teilindividualisierung charakteristisch, die sich nicht nur in den Beitrags- und Leistungsklassen ausdrückt, sondern auch in dem fehlenden Berufsschutz. Gerade die Invalidenrenten – die in der Anfangsphase eine überragende Bedeutung in der Rentenversicherung hatten – waren durch eine Verhandlungssituation zwischen Antragstellern und Versicherung gekennzeichnet, wobei für die Rentenversicherung überwiegend eine grundsätzliche Akzeptanz des Anliegens der Versicherten

charakteristisch ist. Von Anfang an kam dem medizinischen Gutachten, das zunächst kaum formalisiert war, eine Schlüsselstellung zu.

Die allmähliche Herausbildung des Konzepts von Berufsunfähigkeit durch Verwaltungspraxis und Rechtsprechung

Der Begriff der Berufsunfähigkeit wurde 1911 mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte (AVG) eingeführt, mit dem eine Rentenversicherung für Angestellte bis zu einem Jahreseinkommen von 5.000 Reichsmark geschaffen wurde. Bis dahin waren nur Angestellte mit einem Jahreseinkommen bis 2.000 RM in der Arbeiterversicherung pflichtversichert.¹² Für besserverdienende Angestellte wurde bis zur Jahrhundertwende die Notwendigkeit einer staatlichen Rentenversicherung weithin nicht gesehen, da entweder in den Betrieben ein beamtenähnlicher Status (als „Privatbeamter“) und damit auch ein Fürsorgeanspruch gegenüber dem Arbeitgeber unterstellt wurde oder die abhängige Angestelltenbeschäftigung als Durchgangsstadium zu einer selbstständigen Tätigkeit z. B. als Kaufmann gesehen wurde. Mit der raschen Industrialisierung nahm aber auch die Zahl der dauerhaft abhängig beschäftigten Angestellten zu, die sich zudem in eigenen Verbänden organisierten und eine eigene Rentenversicherung für sich forderten, mit der sie auch für ihre Loyalität gegenüber dem Staat belohnt werden wollten und die strikt von der Arbeiterversicherung abgegrenzt werden sollte. Während also die Arbeiterversicherung „von oben“ vorangetrieben wurde, um Arbeiter_innen als loyale Staatsbürger zu gewinnen, forderten Angestelltenverbände eine eigene Angestelltenversicherung, um sich für nachgewiesene Loyalität belohnen zu lassen.

Diese Angestelltenversicherung beinhaltete deutlich bessere Leistungen, als sie für Arbeiter_innen in der Arbeiterversicherung möglich waren. Als die Angestelltenversicherung eingeführt wurde, wurde sie nicht nur durch einen eigenen Träger ausgeführt, sondern enthielt neben einer niedrigeren Altersgrenze für die Altersrente von 65 Jahren außerdem Witwenrenten,¹³ eine zehnstufige Beitrags- und Leistungseinstufung und damit eine größere Individualisierung von Beiträgen und Leistungen sowie günstigere Kriterien für die Feststellung einer Invalidität, die nun auch eine Berufsunfähigkeit ein-

12 Angestellte mit bis zu 2.000 RM Jahreseinkommen waren damit doppelt versichert. Diese Doppelversicherung wurde erst 1924 aufgehoben.

13 In der Arbeiterversicherung setzten Witwenrenten (ebenfalls ab 1911, also zeitgleich zur Einführung des AVG) voraus, dass die hinterbliebene Ehefrau erwerbsunfähig ist. Dies galt in der Angestelltenversicherung nicht (Haerendel 2011, S. 23).

schloss. Die Angestelltenversicherung beruhte allein auf Beiträgen von Arbeitnehmer_innen und Arbeitgebern und kam ohne Reichszuschüsse aus.

Der Schutz bei Berufsunfähigkeit war den Angestelltenverbänden ein wichtiges Anliegen. Er wurde in der Arbeiterversicherung verwehrt, weil die Reichszuschüsse nicht zu rechtfertigen gewesen wären, wenn die Invalidenrente über die allgemeine Existenzsicherung hinausgereicht hätte (Tennstedt 1972, S. 58). In der Angestelltenversicherung galt:

„Ruhegeld enthält derjenige Versicherte, welcher das Alter von fünfundsechzig Jahren vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufs dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeit herabgesunken ist“ (§ 25 AVG).

Der quantitative Maßstab war wie bisher das Arbeitseinkommen, allerdings wurde die Schwelle nun deutlich niedriger gelegt, da bereits ein halber Einkommensausfall für ein Ruhegeld genügte und nicht, wie in der Arbeiterversicherung, ein Zweidrittel-Ausfall nachgewiesen werden musste.¹⁴ Der qualitative Maßstab war in der Angestelltenversicherung auf jeden Fall enger gefasst als in der Arbeiterversicherung durch die Berücksichtigung der „gleichwertigen Kenntnisse und Fähigkeiten“, bedurfte aber der weiteren Konkretisierung durch Rechtsprechung und Verwaltungspraxis.

Die Konkretisierung erfolgte vor allem durch zwei Konzepte, die zunächst unabhängig voneinander entwickelt wurden: das sog. „Verweiskreuz“, innerhalb dessen verwiesen werden konnte, und der „wesentliche soziale Abstieg“, den es zu verhindern galt. Das Konzept des „Verweiskreuzes“ bezog sich auf die Berufsunfähigkeit und wurde wesentlich von Hermann Dresch entwickelt, einem hohen Beamten in der Rentenversicherung (ab 1923 Senatspräsident des Senats der Angestelltenversicherung, 1929 bis 1945 Direktor der Angestelltenversicherung). Mithilfe des Verweiskreuzes wurden die zumutbaren Berufe und Tätigkeiten abgegrenzt. Mit der horizontalen Abgrenzung wurde ausgehend vom ursprünglichen Beruf eine Berufsgruppe mit „innerlich benachbarten“ Berufen bestimmt. Als ähnlich galt z. B. die Ausbildung eines Ingenieurs mit der eines Technikers, während etwa kaufmännische, technische, wissenschaftliche und landwirtschaftliche

14 Die SPD setzte sich auch in der Arbeiterversicherung für den niedrigeren Schwellenwert ein und war dafür auch zu höheren Beiträgen bereit, konnte sich aber nicht durchsetzen.

Tätigkeitsbereiche als verschieden galten. Mit der vertikalen Abgrenzung wurde bestimmt, ob innerhalb des verbleibenden Berufsspektrums eine Verweisung auf Berufe weniger qualifizierter Art zulässig war. Beispielsweise war es zulässig, einen Oberbuchhalter auf die Tätigkeit als Buchhalter zu verweisen, nicht aber auf reine Abschreibearbeit im Büro (Tennstedt 1972, S. 67). Das „Verweiskreuz“ orientierte sich primär an Tätigkeitsinhalten und Arbeitsanforderungen und nur sekundär an dem sozialen Ansehen bzw. der sozialen Stellung. Maßstab war nicht, ob eine Tätigkeit überhaupt noch ausgeführt werden konnte – dann wäre jede Tätigkeit infrage gekommen –, sondern ob sie vor dem Hintergrund der Qualifikation und bisherigen Tätigkeit zumutbar war.

Das Konzept des „wesentlichen sozialen Abstiegs“ als Abgrenzungskriterium hat sich – nach einigen Vorläufern in der Rechtsprechung der Arbeiter- und Angestelltenversicherung – erst mit der Rentenreform 1957 durchgesetzt. Das Rentenreformgesetz 1957 strebte eine Angleichung der Leistungen für Arbeiter_innen und Angestellte an und führte eine Zweiteilung des Invaliditätsbegriffs ein.¹⁵ Es unterschied zwischen Versicherten, die in einer zumutbaren Arbeit weniger als die Hälfte von vergleichbaren Beschäftigten verdienen konnten, und zwischen Versicherten, die in jeglicher Arbeit – also eigentlich auch unzumutbaren Beschäftigungen – überhaupt kein Einkommen mehr erzielen konnten. Damit wurden auch zwei Leistungen eingeführt, wobei wegen des unterschiedlichen Verdienstpotezials die Berufsunfähigen eine Rente in Höhe von zwei Dritteln einer Rente für Erwerbsunfähige erhalten sollten.

Obwohl das Verhindern eines „wesentlichen sozialen Abstiegs“ als ein „sekundäres Merkmal“ (Tennstedt 1972, S. 69) der vertikalen Abgrenzung des „Verweiskreuzes“ in einzelnen Gerichtsentscheidungen bereits eingeführt wurde, erlangte es erst nach der Rentenreform 1957 eine grundsätzliche, höchstrichterliche Akzeptanz und wurde dann von Tätigkeitsanforderungen losgelöst, statt, wie vereinzelt bis dahin, als Merkmal der Verweistungstätigkeit behandelt zu werden. Das bedeutet: Nach der Rentenreform 1957 spielte die Art der Tätigkeit keine Rolle mehr, solange ein wesentlicher sozialer Abstieg verhindert werden konnte. In einer berühmten Entscheidung wurde für einen Beton- und Stahlbetonbauer eine ungelernete Tätigkeit als Hilfsprüfer für Rohmotorengehäuse von Krafttradmotoren als

15 Kern des Rentenreformgesetzes war die von Hockerts als „Epochenzäsur“ bezeichnete Wende in der Altersicherungspolitik, die die quasi-automatische Rentenanpassung an die Lohnzuwächse und die Anhebung des Leistungsniveaus beinhaltet, siehe Hockerts 1990.

zumutbar bewertet, weil diese Tätigkeit, wie die Richter befanden, „in den Augen der Umwelt kein wesentlich geringeres Ansehen genießt als die bisherige“ (zitiert nach Tennstedt 1972, S. 84), denn diese Aufgabe würde nur vertrauenswürdigen und geschickten Arbeitern übertragen. Mit derart allgemeinen Kriterien wurde der Begriff außerordentlich weit gefasst; Stone (1985) spricht sogar davon, dass der Begriff des „wesentlichen sozialen Abstiegs“ bis zur Sinnlosigkeit entleert wurde. Dies erfolgte in weitgehender Vernachlässigung des Gesetzeswortlauts (Tennstedt 1972; S. 89), wurde aber bis zur grundlegenden Reform der Renten wegen Erwerbsminderung 2001 (dazu s.u.) fortgesetzt:

„Die – geht es um die Erwerbsunfähigkeitsrente [und nicht die Berufsunfähigkeitsrente, d.A.] – bei allen Arbeitnehmern grundsätzlich zulässige Verweisung auf den gesamten Arbeitsmarkt ist nur dann untersagt, wenn sie zu einer offensichtlichen Härte führen würde, weil die in Betracht kommende Verweisungstätigkeit in einem besonders spürbaren Missverhältnis zum sozialen Ansehen des Hauptberufes steht“ (Ruland 1996, S. 932).

Offenbar stellte dies praktisch aber keine wesentliche Schranke für Verweisungstätigkeiten dar.

Bei der Berufsunfähigkeitsrente in der Arbeiterrentenversicherung konkretisierte sich die Feststellung von Verweisungsberufen zu einem sog. „Vier-Stufen-Schema“, in das die Berufe eingeordnet wurden (siehe Ruland 1996, S. 935 f.; siehe auch Seidel 1990, S. 585). Die erste Stufe erfasste Vorarbeiter_innen mit Leitungs- und Vorgesetztenfunktionen, die zweite Stufe umfasste Facharbeiter_innen (hierzu wurden auch Personen ohne reguläre Facharbeiterausbildung gezählt, die aufgrund langjähriger Erfahrung den Beruf vollwertig ausgeübt haben, was auch anhand der Entlohnung bestimmt wurde), die dritte Stufe Anlernberufe und die vierte Stufe ungelernete Tätigkeiten, wobei hier noch einmal zwischen normalen und einfachsten ungelernen Tätigkeiten unterschieden wurde. Für Angestelltenberufe wurde ebenfalls ein Mehrstufenschema entwickelt, das sich aber hauptsächlich an der Dauer der Ausbildung orientierte, in seiner Realisierung aber als schwieriger eingeschätzt wurde (ebd., S. 937 f.). Als zumutbar galten Verweisungstätigkeiten, die auf der nächstniederen Stufe dieses Schemas lagen. Dies hatte zur Folge, dass ein Berufsschutz praktisch nur für Vorarbeiter_innen und Facharbeiter_innen (und den entsprechenden Stufen bei Angestellten bestand), nicht aber für die Gesamtheit der Versicherten.

Aufgrund der Tatsache, dass Erwerbsunfähigkeit durch die Unfähigkeit bestimmt wird, regelmäßig ein mehr als geringfügiges Erwerbseinkommen zu erzielen, sind Erwerbsunfähigkeits- und Arbeitsloskeitsrisiko voneinander ab-

zugrenzen, denn auch bei Arbeitslosigkeit kann kein Erwerbseinkommen erzielt werden. Schon mit der Einrichtung der gesetzlichen Rentenversicherung wurde die Absicht ausgesprochen, Arbeitsmarktrisiken in der Rentenversicherung nicht mitzuversichern (s. o.). Zu der Frage, wie die Unfähigkeit, ein Erwerbseinkommen zu erzielen, festgestellt wird, hat die Rechtsprechung seit Ende der 1960er-Jahre das Konzept der abstrakten und konkreten Betrachtungsweise entwickelt (Ruland 1996, S. 932 f., Fuchsloch 2011). Als „abstrakt“ gilt die Betrachtungsweise, wenn allein das individuelle Leistungsvermögen betrachtet wird. In der „konkreten Betrachtungsweise“ wird berücksichtigt, ob es passende Arbeitsstellen gibt. Dies ist für die Feststellung der Berufsunfähigkeit von großer Bedeutung, da die BU-Rente nur als 2/3-Rente gewährt wurde und deshalb das „Restleistungsvermögen“ eingesetzt werden musste. Wenn dies aber nicht mehr eingesetzt werden konnte, lag eine Erwerbsunfähigkeit vor, und es war eine Vollrente zu gewähren. Aber auch bei der Erwerbsunfähigkeitsrente spielte die Arbeitsmarktlage eine wichtige Rolle: Wenn bei einer höchstens teil-schichtigen Leistungsfähigkeit kein passender Arbeitsplatz vorhanden war, war ebenfalls eine volle Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

In einer ersten Entscheidung legte das Bundessozialgericht 1969 fest, dass der Arbeitsmarkt verschlossen ist, wenn auf 75 Teilzeitarbeitsplätze mindestens 100 Arbeitslose kommen.¹⁶ Seit einer Entscheidung aus dem Jahr 1976 galt der Arbeitsmarkt als verschlossen, wenn einem erwerbsgeminderten Arbeitslosen ein Jahr lang kein passendes Beschäftigungsangebot unterbreitet werden konnte.¹⁷ Damit lag es – solange die Rentenversicherung keine eigene Arbeitsvermittlung betreibt – faktisch in der Hand der Arbeitsämter, durch unterlassene Vermittlungsbemühungen die Bedingungen eines verschlossenen Arbeitsmarktes zu erfüllen und die Kosten der Rentenversicherung aufzuladen. Im Jahr 1992 ging das LSG Niedersachsen so weit, einen verschlossenen Arbeitsmarkt bei Versicherten anzunehmen,

„die u. a. bei Eintritt der dauernden Arbeitsunfähigkeit für die letzte Tätigkeit das 50. Lebensjahr vollendet gehabt, der Arbeitsvermittlung spätestens seit Ende des Krankengeldbezuges im Rahmen der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zur Verfügung gestanden und Arbeitslosengeld bezogen haben“ (Fuchsloch 2011, S. 141).¹⁸

16 BSG, Beschlüsse vom 11.12.1969 – GS 2/68 und GS 4/69, BSGE 30, 192 und 167, zitiert nach Fuchsloch 2011, S. 140.

17 BSG, Beschlüsse vom 10.12.1976 – GS 2/75, GS 3/75, GS 4/75, GS 3/76, BSGE 43, 75 ff., zitiert nach Fuchsloch 2011, S. 140.

18 LSG für das Land Niedersachsen, Urteil vom 25.11.1992 – L 2 J 138/91.

Wäre dies wirksam geworden, hätte dies eine erhebliche Zunahme der damals ohnehin weit verbreiteten Frühverrentung bedeutet. Doch das Bundessozialgericht ist dieser Auffassung nicht gefolgt.

Auch in einem weiteren Punkt wurde der Bezug zwischen Arbeitsmarkt und Erwerbsminderungsrente gefestigt, indem Mitte der 1980er-Jahre ein Mindestmaß an Erwerbstätigkeit unmittelbar vor Eintritt der Erwerbsminderung zu einer versicherungsrechtlichen Voraussetzung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente erhoben wurde. Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 wurde festgelegt, dass für eine Erwerbsminderungsrente nicht nur die allgemeine Wartezeit erfüllt sein muss (damals: 15 Jahre), sondern dass darüber hinaus in den letzten fünf Jahren vor Rentenbeginn drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet wurden. Wie weiter unten ausgeführt wird, hat diese Regelung, die im Zuge fiskalischer Konsolidierungsbemühungen eingeführt wurde, zum bislang schärfsten Rückgang im Neuzugang in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit geführt. Diese Regelung, die bis heute in Kraft ist, verdeutlicht, dass mit der EM-Rente das Risiko eines Erwerbseinkommensausfalls abgesichert wird und nicht ein unspezifisches Risiko einer dauerhaft schlechten Gesundheit. Nicht nur dass die verbliebene Leistungsfähigkeit nicht mehr verwertet werden kann, sondern dass die frühere Leistungsfähigkeit zum Erwerbszweck eingesetzt wurde, löst den Versicherungsfall aus.

Die Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab 2001

Im Jahr 1993 machten Renten wegen Berufsunfähigkeit bei Männern nur noch rund 15 Prozent der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit aus, bei Frauen waren es ca. 5 Prozent. Kurz nach der Rentenreform (1958) lag ihr Anteil noch bei knapp der Hälfte. Diese Entwicklung wurde auf den „verschlossenen Arbeitsmarkt“, d.h. fehlende Teilzeittätigkeiten zurückgeführt, aufgrund dessen eine volle Erwerbsunfähigkeitsrente bewilligt wurde. Hieran entzündete sich eine wesentliche Kritik, wurde damit doch ein „Verschiebebahnhof“ geschaffen, in dem die Rentenversicherung zu erheblichen Teilen die Sicherung bei Arbeitslosigkeit trug und es der Arbeitsverwaltung erleichtert wurde, „schwierige Fälle“ nicht zu bearbeiten. Diese Regelung war auch „politisch nützlich, weil sie die behinderten Arbeitslosen zu einem großen Teil [...] aus den Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit herausnimmt“ (Ruland 1996, S.939) und damit die Zahl der Arbeitslosen senkt. Eine weitere Kritik bezog sich darauf, dass wegen der Ausdeutung des „wesentlichen sozialen Abstiegs“ durch die Mehrstufenschemata die Berufsunfähigkeitsrente für die meisten Versicherten in Anlernberufen und alle in ungelerten Tätig-

keiten vergeschlossen war. Zunächst wurde dies zwar als ein „Ausfluss des Versicherungsprinzips“ akzeptiert, „das sich nicht allein in der Gewährung höherer Renten erschöpfe“ (ebd.). Doch im Laufe der Zeit setzte sich die Meinung durch, dass

„die auf gesetzlichem Zwang beruhende Rentenversicherung [...] nur Risiken abdecken (kann), die für alle Versicherten gleichermaßen typisch sind. [...] Der Verlust des sozialen Status ist aber ein partikulares Risiko gehobener Berufsgruppen, für das keine zusätzlichen Beiträge erbracht werden“ (Ruland 1996, S. 939 f.).

Und schließlich wurde kritisiert, dass neben der Berufsunfähigkeitsrente Einkommen aus unzumutbarer Tätigkeit in beliebiger Höhe erzielt werden konnte. Sie wurde also auch gewährt, wenn kein Einkommensverlust entstanden war, den es zu ersetzen galt. Kompensiert wurde dann allein der Verlust des sozialen Status. In kritischer Absicht wurde deshalb der Berufsunfähigkeitsrente eine „Prestigeersatzfunktion“ zugeschrieben bzw. sie als „Prestigerente“ bezeichnet.

In zwei Anläufen wurden 1999/2000 die Erwerbsminderungsrenten neu gefasst. Zunächst wurde am Ende der konservativ-liberalen Regierungskoalition – der längsten bis dahin in der Bundesrepublik bestehenden Koalition – unter dem Sozialminister Norbert Blüm (dem neben Bundeskanzler Helmut Kohl einzigen Kabinettsmitglied, das die gesamte Zeit der konservativ-liberalen Koalition seit 1982 Minister war) das Rentenreformgesetz 1999 verabschiedet. Es wurde kurz danach von der sozialdemokratisch-grünen Regierungskoalition durch das Rentenreformgesetz 2000 abgelöst, das seit 2001 bis heute in Kraft ist. Die Reform fiel in eine Zeit weitreichender Arbeitsmarkt- und Sozialreformen, die durch die Diskussionen um die Kosten des Sozialstaates geprägt waren. Es ist deshalb zu vermuten, dass es nicht nur um eine Weiterentwicklung einer vor dem Hintergrund des Wandels in der Arbeitswelt und den gesicherten Risiken zunehmend problembehafteten sozialen Sicherung ging, sondern – mindestens auch – um Leistungseinschränkungen in der sozialen Sicherung.

Es wurden neue Renten wegen voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung geschaffen; die bisherigen Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten laufen aus. Ein zweistufiges System blieb also erhalten, darüber hinaus änderte sich nahezu alles¹⁹:

19 Eine detaillierte Darstellung der Anspruchsvoraussetzungen und Leistungen nach geltendem Recht wird in [Kapitel 4](#) gegeben.

- Die Erwerbsminderung wird nun nicht mehr anhand der Unfähigkeit, ein bestimmtes Einkommen zu erzielen, beurteilt, sondern anhand der Stundenanzahl, mit der die Arbeitskraft eingesetzt werden kann. Dies ist ein grundlegender Wandel, der in der Rechtsprechung angebahnt wurde, erst jetzt aber kodifiziert wurde.²⁰ Die Sicherung gegen Erwerbsunfähigkeit sichert damit nicht mehr den Einkommensausfall ab, sondern nur mehr den Verlust der Arbeitsfähigkeit.²¹ Ein beliebig großer Einkommensrückgang aus gesundheitlichen Gründen berechtigt nun nicht mehr zu einer Rente, solange eine Leistungsfähigkeit von mindestens sechs Stunden pro Tag besteht. Begründet wurde dies damit, dass auf diese Weise ein einheitlicher Maßstab gewonnen werden kann: „Das Leistungsvermögen des Versicherten ist anhand seiner zeitlichen Einsatzfähigkeit zu beurteilen. Um einen einheitlichen, für alle Versicherten gleichen Maßstab zugrunde legen zu können, wird auf die Stundenzahl abgestellt“ (Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen 2000, S. 25).
- Maßstab für die „kleine Rente“ war nun nicht mehr eine mindestens halbe, aber keine volle, Erwerbsfähigkeit im erlernten Beruf, sondern eine Erwerbsfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden pro Tag. Leistungseinschränkungen, die zwar keine volle Arbeitszeitbelastung von acht Stunden erlauben, aber mit der mindestens sechs Stunden gearbeitet werden kann, begründen nun keinen Leistungsanspruch mehr. Diese „Opfergrenze“ der Versicherten wurde damit gerechtfertigt, dass die Rentenversicherung nicht alle Schäden, sondern nur die wesentlichen Einschränkungen abdecken soll. Diese Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wird als Halb-Rente gewährt (die frühere Berufsunfähigkeitsrente bei mindestens halber Erwerbsfähigkeit wurde als Zwei-Drittel-Rente gewährt). Eine volle Erwerbsminderungsrente setzt eine Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden pro Tag voraus.
- Maßstab für die Verweigerungstätigkeiten ist nun der allgemeine Arbeitsmarkt. Einen Berufsschutz gibt es nach der Reform nicht mehr. Auch dieser grundlegende Schritt wurde vergleichsweise lapidar begründet: „Dabei ist insbesondere die Rente wegen Berufsunfähigkeit zunehmend in die Kritik geraten, die sich zu einer Prestigerente für Versicherte mit besonde-

20 Noch das RRG 92 ging noch vom Einkommensbezug aus. Zudem wurde im Gesetzentwurf von 2000 die Stundenbetrachtung begründet, war also nicht hergebracht.

21 Maßgeblich für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit war nicht nur die (fehlende) Fähigkeit, Arbeit zu verrichten, sondern auch die (fehlende) Fähigkeit, durch Ausübung einer zumutbaren Tätigkeit Entgelt zu erwerben bzw. Einkommen zu erzielen, siehe Behrend 1994, S. 11 sowie VDR 1990, S. 220.

rer Qualifikation in herausgehobenen Positionen entwickelt hat“ (Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen 2000, S. 1). An anderer Stelle wird ausgeführt, dass die Berufsunfähigkeitsrente sozial selektiv sei, da Geringqualifizierte nicht gegen Berufsunfähigkeit versichert sind, weil sie keinen Beruf haben: „Der Grundsatz der Gleichbehandlung gebietet es aber, dass die Versicherten im Maße ihrer Beitragszahlung gleiche Möglichkeiten haben müssen, Leistungen der Versicherung in Anspruch zu nehmen“ (ebd., S. 23).

Beibehalten wurde letztlich die konkrete Betrachtungsweise, mit der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung in volle Erwerbsminderungsrenten befristet umgewandelt werden, sofern der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen angesehen wird. Neu eingeführt wurden Ausgleichszahlungen, die hierfür die BA an die Rentenversicherung zu leisten hat. Sie betragen die Hälfte des EM-Rentenanspruchs für die Zeit, für die der oder die Versicherte Anspruch auf Arbeitslosengeld gehabt hätte. Außerdem wurden Abschläge bei einem Rentenbezug vor Vollendung des 63. Lebensjahres, maximal aber in Höhe von 10,8 Prozent, eingeführt. Begründet wurde dies damit, dass Ausweichreaktionen von Versicherten verhindert werden sollen, die arbeitslos und schwerbehindert sind und in der Altersrente für Schwerbehinderte (ab 60 Jahre) Abschläge hinnehmen müssen und unter Ausnutzung der Eigenschaften als arbeitslos und schwerbehindert in eine volle Erwerbsminderungsrente aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes ausweichen würden (ebd., S. 24). Des Weiteren wurden die Zurechnungszeiten, also die Zeiten, für die zur Ermittlung des Rentenanspruchs ein weiterer Beitragsverlauf unterstellt wird, bis zum 60. Lebensjahr verlängert und voll angerechnet (zuvor: bis zum 55. Lebensjahr).

Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren wurden, also zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform schon das 40. Lebensjahr vollendet hatten, wird weiterhin die Berufsunfähigkeit geprüft. Bei anerkannter Berufsunfähigkeit wird nun eine halbe Rente (statt zuvor eine Zwei-Drittel-Rente) gewährt – die „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit“.

Diese Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss als der am tiefsten reichende einzelne Eingriff in die Sicherung bei Erwerbsunfähigkeit seit ihrer Einführung 1889 bzw. 1911 angesehen werden. Sie beinhaltet einen Abbau der Stattsicherung zugunsten der Grundsicherung, und zwar nicht wegen einer veränderten Rentenberechnung, etwa eines reduzierten Äquivalenzprinzips (das in der Sicherung bei Erwerbsminderung ohne

hin geschwächt ist), sondern wegen der eingestellten Sicherung gegen Berufsunfähigkeit und wegen des Wechsels des Referenzrahmens für die Feststellung der Erwerbsminderung vom Einkommensbezug zur zeitlichen Leistungsfähigkeit.²² Damit entspricht die Rentenversicherung (SGB VI) in der Frage der Zumutbarkeit einer neuen Arbeitsstelle bzw. der Verweisbarkeit auf eine solche zur Vermeidung des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente nicht den anderen Sozialversicherungszweigen Arbeitslosenversicherung (SGB III) und Krankenversicherung (SGB VI), sondern dem Fürsorgesystem der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). Auch hier gilt grundsätzlich jede Arbeit als zumutbar, unabhängig von der Ausbildung oder der zuvor ausgeübten Tätigkeit der Leistungsbezieher_innen (§ 10 SGB II).

Die Kernelemente der Reform wurden – mit Ausnahme der PDS/Die Linke – von allen im Bundestag vertretenen Parteien, die in wechselnden Koalitionen durchweg an der Regierung beteiligt waren, getragen. In dieser Hinsicht bestand also ein großer Rentenkonsens.

Auch nach 2001 hat es weitere Rechtsänderungen in der Erwerbsminderungsrente gegeben. Hier soll nur auf zwei besonders wichtige Änderungen hingewiesen werden: Mit der Einführung des SGB II (2005) wurden die Arbeitslosengeld II-Beziehenden in die Rentenversicherung einbezogen. Für sie wurden vom Leistungsträger Rentenbeiträge entrichtet. Damit erwarben sie Rentenansprüche und – wichtiger noch – schufen die Voraussetzungen, um die notwendigen Wartezeiten zu erfüllen (drei Jahre Pflichtbeitragszeiten in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung). Diejenigen unter den Arbeitslosengeld II-Beziehenden, die bis dahin nicht rentenversichert waren, weil sie zwar Sozialhilfe bezogen hatten, konnten auf diese Art die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllen. Tatsächlich war zu beobachten, dass im Laufe der Zeit ein wachsender Anteil der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrente aus dem SGB II-Leistungsbezug kam, der im Jahr 2010 ein Viertel aller Neuzugänge in Erwerbsminderungsrente ausmachte (Bäcker 2012). Mit dem Haushaltsbe-

22 Dies korrespondiert mit der in dieser Zeit betriebenen Förderung der Niedriglohnbeschäftigung, in der Mindestschranken für Arbeitseinkommen als Beschäftigungsbarriere zumindest für Geringqualifizierte angesehen wurden und statt dessen die Erwerbsteilhabe auch bei nicht existenzsichernden Einkommen stärker gewichtet wurde. – Ein derartiger Zusammenhang wurde aber in der zeitgenössischen Diskussion nicht hergestellt. Durch die Diskussion um Mindestlöhne und die Einführung eines gesetzlichen Mindestlohns (01.01.2015) schwingt das Pendel wieder zurück, indem allgemeine Zumutbarkeitsgrenzen für Erwerbstätigkeit auch mit Blick auf die Entlohnung formuliert werden.

gleitgesetz 2011 (Artikel 19) wurde die Rentenversicherungspflicht für Arbeitslosengeld II-Beziehende aufgehoben. Eine Begründung wurde nicht gegeben. Zeiten des Arbeitslosengeld II-Bezuges zählen seither in der Regel als Anrechnungszeit. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente können seitdem nicht mehr allein durch den Bezug von Arbeitslosengeld II erfüllt werden.

Eine weitere wesentliche Änderung kam durch das sog. Rentenpaket, das die zweite Große Koalition zum 01.06.2014 in Kraft setzte und erstmals seit langem Leistungsverbesserungen bewirkte. Zum einen wurde die Zurechnungszeit von 60 auf 62 Jahre verlängert. Zum Zweiten wird eine Günstigerprüfung vorgenommen, indem geprüft wird, ob die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung den bis dahin erreichten Durchschnittsverdienst negativ beeinflusst haben. Sofern dies der Fall ist, wird der Durchschnittsverdienst – auf dessen Grundlage wiederum die Zurechnungszeiten bis zum 62. Lebensjahr bewertet werden – ohne diesen Vierjahreszeitraum ermittelt. Damit wurde einer der Reformvorschläge zur Leistungsverbesserung in der Erwerbsminderungsrente aus der Rentenversicherung aufgegriffen (z. B. Rische 2010). Gegen viele Kritiken vor allem aus den Gewerkschaften wurde aber an den Abschlüssen in der Erwerbsminderungsrente festgehalten.

3.4 Langfristige Entwicklungen und regionale Unterschiede zur Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland

Die aktuellen „Zeitreihen der Rentenversicherung“ setzen Anfang der 1960er-Jahre und damit kurz nach dem Inkrafttreten der „Epochenzäsur“ (Hockerts 1990) in der gesetzlichen Rentenversicherung ein. Eine Wirkung der Rentenreform 1957 lässt sich also nicht feststellen.²³ Ein Indikator für die Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrenten ist die Zahl der neu bewil-

23 Tennstedt (1972, S. 101 f.) ermittelt auf Grundlage eigener Schätzungen eine „Invaliditätszugriffsziffer“ (Anteil der Erwerbsminderungsrentenzugänge an Versicherten ausgewählter Krankenversicherungsanstalten (!), nur Männer im Alter von 55 bis unter 65 Jahre) für das Jahr 1955 (also vor der Rentenreform) von ca. 4,1 Prozent und für die Jahre 1964 und 1965 von 5,1 bzw. 5,2 Prozent. Obwohl der Anstieg von nur einem Prozentpunkt angesichts des niedrigen Basiswertes einer prozentualen Zunahme von ca. 25 Prozent entspricht, kommentiert Tennstedt das Ergebnis: „Der Vergleich der verschiedenen Werte bestätigt [...], dass die Einführung des Berufsunfähigkeitsbegriffs in der Arbeiterrentenversicherung keine entscheidende Verbesserung der Situation der Arbeiter in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Folge hatte“ (ebd., S. 102).

ligten Renten bezogen auf die Zahl der aktiv Versicherten. Dieser Wert entspricht zwar nur näherungsweise dem Kreis derjenigen, die bei verminderter Erwerbsfähigkeit tatsächlich eine Rente erhalten können,²⁴ setzt aber die Zahl der neuen Erwerbsminderungsrenten wenigstens ansatzweise zur Versichertenpopulation in Beziehung, die sich seit nunmehr 50 Jahren stark verändert hat.

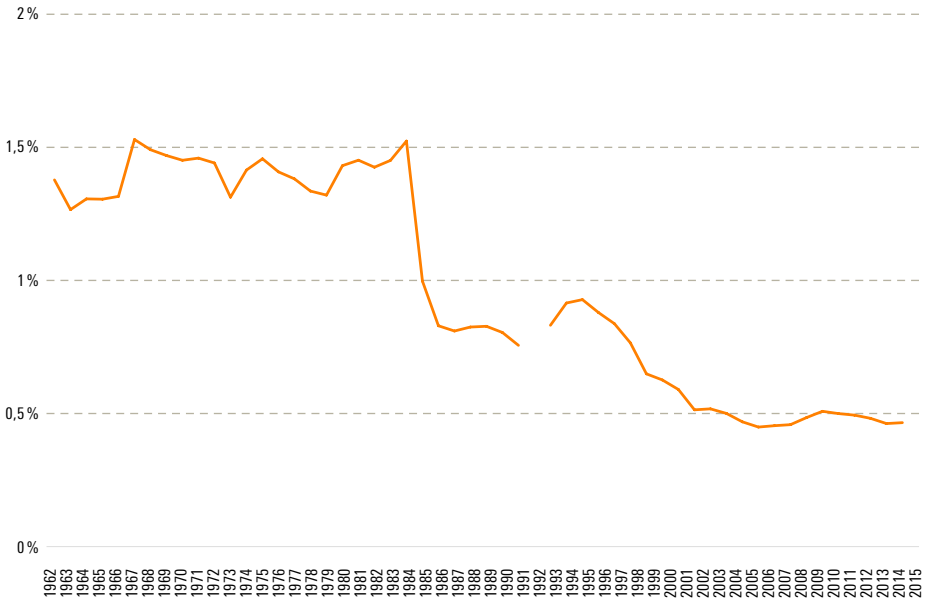
Seit Ende der 1960er-Jahre gingen für einen Zeitraum von fast 20 Jahren (bis 1984) einigermmaßen konstant ca. 1,5 Prozent der aktiv Versicherten pro Jahr in Erwerbsminderungsrente (siehe [Abbildung 2](#)). In den Jahren nach 1984 kam es zu einem sehr starken Rückgang. Er ist zurückzuführen auf die Bestimmung des oben angeführten Haushaltsbegleitgesetzes vom 23.12.1983, in dem erstmals geregelt wurde, dass in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit drei Jahre Pflichtbeiträge entrichtet worden sein müssen. „Erklärtes Ziel“ dieser Maßnahme, die in eine Zeit von Konsolidierungsbemühungen der Rentenversicherung fiel, war, den Anteil der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am Rentenneuzugang zu senken, was „in weitem Umfang gelang“ (Hermann 1990, S.133). Hinsichtlich der Zugangsrate ist dies in der Geschichte der Rentenversicherung der bislang stärkste Einschnitt.²⁵ Gleichzeitig wurden die Anspruchsvoraussetzungen für die Regelaltersrente (das „normale“ Altersruhegeld) gelockert, indem die Wartezeit von 15 auf fünf Jahre herabgesetzt wurde, wovon insbesondere Frauen profitierten (ebd.). Nach diesem Rückgang – der von Dauer war – setzte seit der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre eine Entwicklung ein, die bis in die Gegenwart hineinreicht und die durch einen langsamen und stetigen Rückgang der relativen Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten gekennzeichnet ist. Lediglich Anfang der 1990er-Jahre kam es zu einem kleineren Sprung, der aber durch die Integration der neuen Bundesländer in die gesamtdeutsche Statistik bedingt sein kann. Es ist bemerkenswert, dass die grundlegende Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ab dem Jahr 2001 in dieser Zeitreihe keine Spuren hinterlassen hat. Dies

24 So ist nicht bekannt, welche der aktiv Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen.

25 In der aktuellen (10. Auflage) und gegenüber der ersten Auflage sehr viel längeren Ausgabe des Handbuchs der Rentenversicherung wird darauf nicht mehr eingegangen. Dort heißt es nur noch: „In immer kürzeren Abständen wurde in den [auf 1982] folgenden Jahren dann punktuell – primär im Interesse der Konsolidierung des Bundeshaushalts – für die GRV belastend eingegriffen.“ Die sich daran anschließende Fußnote führt aus: „Zum Beispiel in den Haushaltsbegleitgesetzen der Jahre 1983 und 1984.“, siehe Schmähl 2011, S. 57. Der starke Rückgang in den EU-/BU-Renten hat jedoch die GRV nach Angaben von Hermann (ebd.) bis 1987 um 1,7 Mrd. DM entlastet.

Abbildung 2

Anteil der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten an den aktiv Versicherten, 1962 bis 2015



Anmerkung: aktiv Versicherte: ohne knappschaftliche Versicherung, Erwerbsminderungsrenten: ohne Knappschaftsrenten, ab 1993: alte und neue Bundesländer.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, eigene Berechnungen.

könnte dadurch bedingt sein, dass für Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens mindestens 40 Jahre alt und damit im kritischen Alter waren, die Erwerbs- und Berufsunfähigkeit nach den bis zur Reform geltenden Maßstäben beurteilt wird.

In der zeitlichen Entwicklung hat der Stellenwert der Erwerbsunfähigkeitsrenten für die Leistungen der Rentenversicherung abgenommen. Noch Mitte der 1960er-Jahre, also gegen Ende des Nachkriegsbooms in Westdeutschland, machten sie etwa die Hälfte aller Rentenzugänge aus (siehe [Abbildung 3](#)). Ihr Anteil fiel Anfang der 1970er-Jahre schlagartig um ca. 10 Prozentpunkte (1972: 48, 1973: 37 Prozent). Dem entsprach ein Anstieg der Zugänge in Altersrenten. Grund war das Rentenreformgesetz 1972, mit dem neue Altersrenten mit niedrigeren Altersgrenzen geschaffen wurden. Hierzu

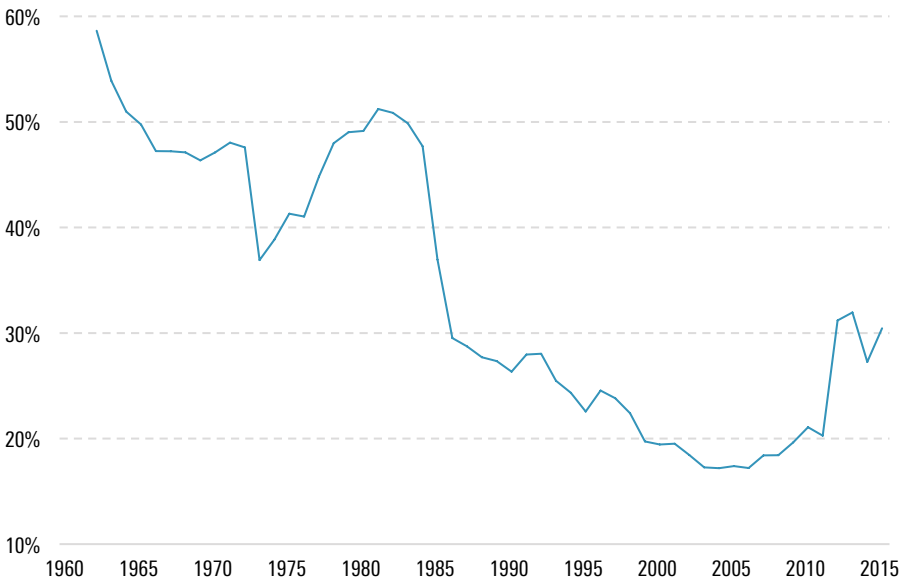
gehörte auch die Altersrente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige ab dem 62. Lebensjahr.²⁶ Eine große Zahl derjenigen, die sich sonst um eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bemüht hätte, konnte nun eine Altersrente nutzen. Bis Anfang der 1980er-Jahre hatte ihr Anteil an den Versichertenrenten wieder zugenommen und überschritt 1980 und 1981 sogar die Marke von 50 Prozent. Nur in diesen beiden Jahren stieg auch die Zahl der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten deutlich an; bis dahin blieb ihre Zahl weitgehend konstant. Der Anstieg der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit an den Versichertenrenten ergab sich aus einer sinkenden Anzahl von Neuzugängen in Altersrente. Sie waren durch das Rentenreformgesetz 1972 vorgezogen; hinzu kam eine günstige demografische Struktur. Im Ergebnis gingen anteilig mehr Versicherte in Erwerbsminderungsrenten als in Altersrenten, ohne dass der Zugangsquotient, bezogen auf die aktiv Versicherten, in gleichem Maß anstieg (vgl. [Abbildung 2](#)). Mitte der 1980er-Jahre kam es aber erneut zu einem drastischen Rückgang der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten, sowohl was ihren Anteil an den aktiv Versicherten (s. o.), als auch in Relation zu Altersrenten, als auch ihre absolute Anzahl anging. Hier überlagerten sich die erschwerten Anspruchsvoraussetzungen der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der sich ausbreitenden Vorruhestandskultur angesichts der verfestigten Massenarbeitslosigkeit in Westdeutschland, die nun nicht mehr nur über die Rentenversicherung, sondern zunehmend auch über die Arbeitslosenversicherung getragen wurde.

Für etwa 20 Jahre – und über die Vereinigung hinweg – war der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Versichertenrenten rückläufig. Er erreichte seinen Tiefpunkt mit 16 Prozent im Jahr 2006 und steigt seitdem wieder leicht an (2010: 20 Prozent). Als wichtiger Grund hierfür ist die Schließung der vorzeitig beziehbaren Altersrenten und – ab 2012 – die Anhebung der Regelaltersgrenze zu vermuten. Demnach wäre es also weniger die Arbeitslosigkeit als solche, die einen unmittelbaren „Druck“ auf die Erwerbsminderungsrente ausübt (siehe dazu auch unten). Vielmehr bilden Renten wegen Erwerbsminderung und Altersrenten sowie die Arbeitslosenversicherung ein System kommunizierender Röhren.

Der Anteil der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (bis 2000 waren dies Berufsunfähigkeitsrenten) ist vor allem bis Ende der 1970er-Jahre von anfangs etwa 50 auf weniger als 10 Prozent zurückgegangen ([siehe Abbildung 4](#)). Der Rückgang in den 1970er-Jahren ist

26 Ab dem 01.01.1980 wurde die Altersgrenze auf das 60. Lebensjahr herabgesetzt.

Anteil der Erwerbsminderungsrente an den Versichertenrenten, 1962 bis 2015

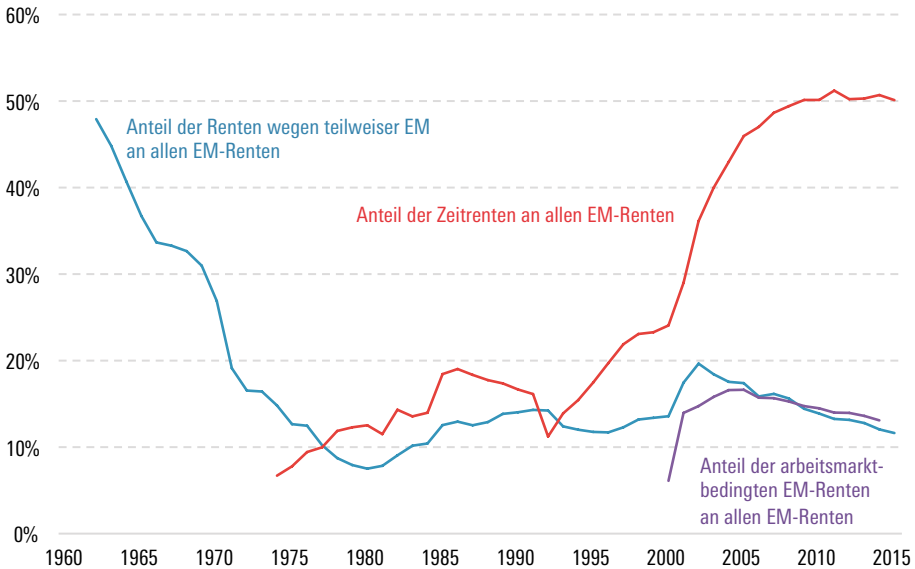


Anmerkung: Versichertenrenten: Altersrenten und Erwerbsminderungsrenten (ohne Knappschaftsrenten)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, eigene Berechnungen.

vermutlich auch durch steigende Arbeitslosigkeit und die Weiterentwicklung der konkreten Betrachtungsweise bedingt, der zufolge anzunehmen ist, dass eine zunehmende Umwandlung von Berufsunfähigkeitsrenten in Erwerbsunfähigkeitsrenten stattgefunden hat. Die rückläufigen Zugänge in Berufsunfähigkeitsrenten setzten sich aber in den 1980er-Jahren – eine Zeit anhaltend hoher Arbeitslosigkeit – nicht fort. Mit der Neuordnung der Renten wegen Erwerbsminderung ab 2001 stieg der Anteil der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung zunächst deutlich an (auf ca. 20 Prozent), ging dann aber wieder auf das Niveau zurück, wie es seit Mitte der 1980er-Jahre typisch war, als die Teilrenten in Gestalt von Berufsunfähigkeitsrenten bewilligt wurden. Zumindest in der jüngeren Vergangenheit liegt die Ursache für den Rückgang der Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung nicht an einer

Entwicklung der Zugänge in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, eigene Berechnungen.

steigenden Zahl von Umwandlungen in volle Erwerbsminderungsrenten aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes. Der Anteil der arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten (Umwandlungen in Vollrenten aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes) wird hier erst ab 2001 ausgewiesen. Er liegt (mit Ausnahme des Jahres 2001) zwischen 13 und 17 Prozent aller EM-Rentenbewilligungen und schwankt damit weniger als die allgemeine Arbeitslosenquote.

Zeitlich befristete Renten werden seit 1974 ausgewiesen. Ihr Anteil ist stetig gestiegen, mit der Reform der Erwerbsminderungsrenten 2001 stieg ihr Anteil sprunghaft an, da seitdem Erwerbsminderungsrenten grundsätzlich nur befristet zu bewilligen sind. Beinahe jede zweite Rente wegen Erwerbsminderung wird aktuell befristet vergeben.

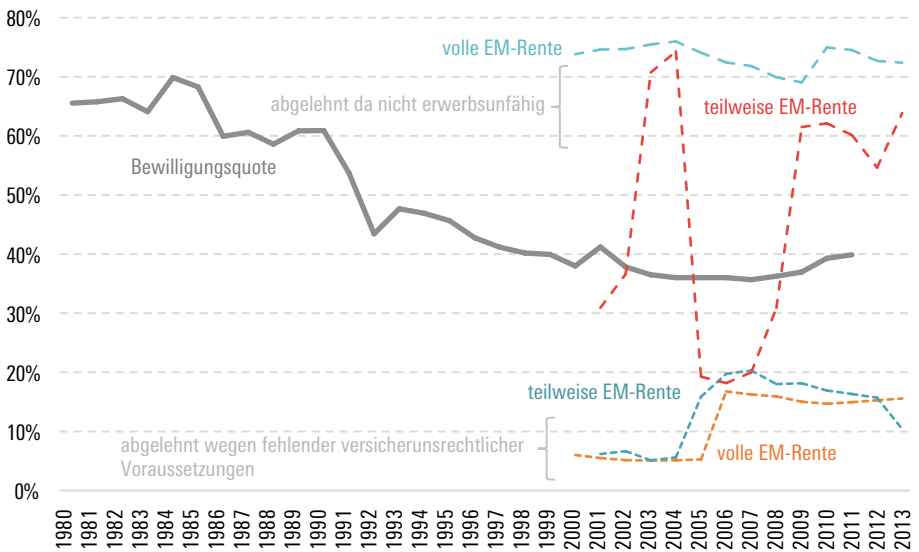
Auch die „Bewilligungsquote“, die Zahl der bewilligten Erwerbsminderungsrenten bezogen auf die Zahl der Anträge auf Erwerbsminderungsren-

ten innerhalb eines Jahres, unterliegt einem langfristigen Trend (siehe [Abbildung 5](#)). Anfang der 1980er-Jahre kamen auf drei Anträge etwa zwei Rentenbewilligungen. Vor allem Anfang der 1990er-Jahre ist dieser Wert deutlich abgesunken und hat sich auch seitdem weiter rückläufig entwickelt. Auch hier hat die Reform der Erwerbsminderungsrenten keinen dauerhaften Einschnitt erbracht. Am Ende des Beobachtungszeitraums ist die Bewilligungsquote wieder leicht auf etwa 40 Prozent angestiegen.

Für die Jahre ab 2000 veröffentlicht das Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung Zahlen zu den Ablehnungsgründen (siehe [Abbildung 5](#)). Sieht man einmal von dem – möglicherweise nur durch Erfassungsprobleme bedingten – Einschnitt bei der fehlenden Erwerbsminderung als Ablehnungsgrund für die Rente bei teilweiser Erwerbsminderung ab, dann werden je nach Rentenart zwischen knapp zwei Drittel und ca. drei Viertel

Abbildung 5

Bewilligungsquoten (1980 bis 2011) und Ablehnungsgründe (2000 bis 2013)



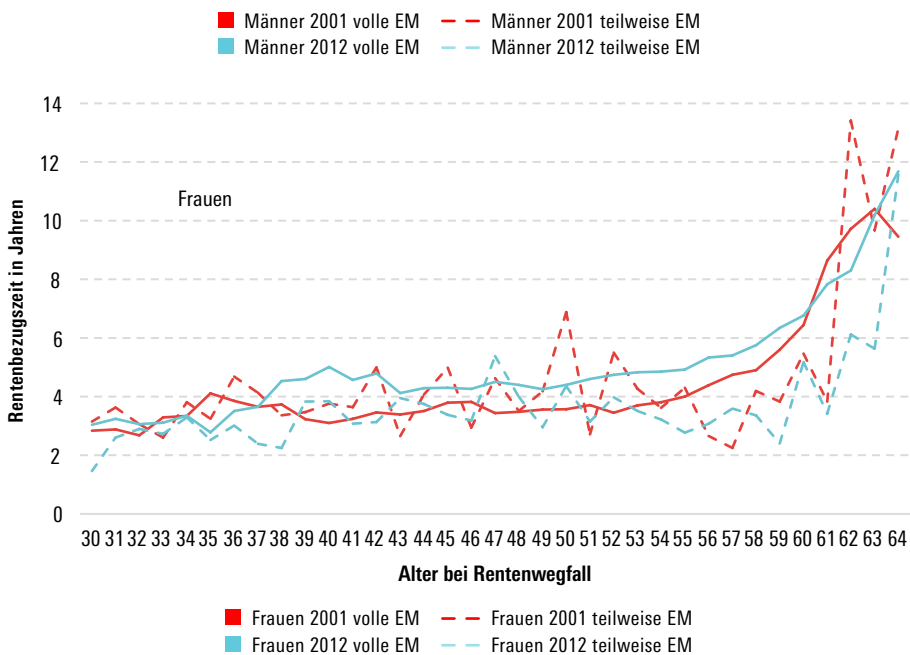
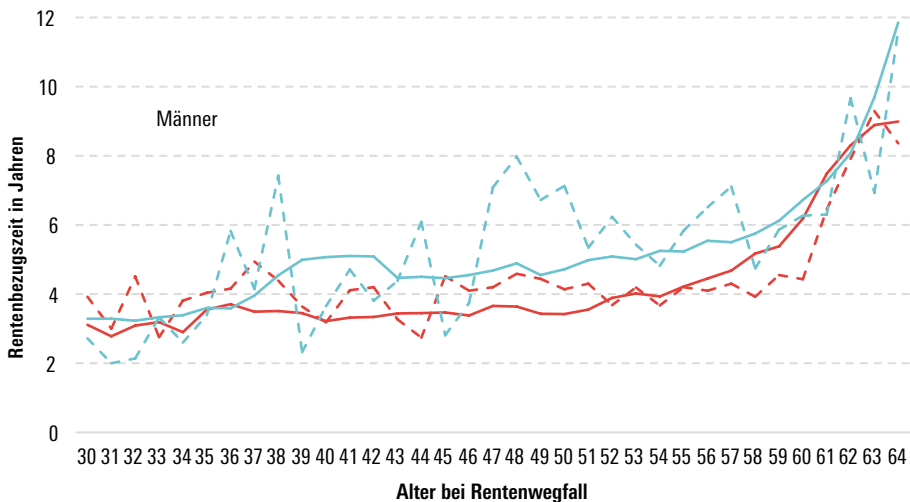
Anmerkung: Bewilligungsquote: Zahl der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten insgesamt bezogen auf die Zahl der effektiven Anträge auf Erwerbsminderungsrenten pro Jahr. Ab 1993: Alte und neue Bundesländer.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (Forschungsportal), eigene Berechnungen.

der Rentenansprüche abgelehnt, weil die Antragstellenden nicht als erwerbsgemindert gelten. Nahezu identisch sind in beiden Rentenarten die Ablehnungsquoten wegen fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen. Dieser Ablehnungsgrund hat 2004/2005 sprunghaft von 10 auf 20 Prozent zugenommen. Es liegt nahe, einen Zusammenhang zur Einführung des SGB II zu vermuten, da in der Folge die Erwerbsfähigkeit vieler Leistungsbezieher_innen im SGB II bezweifelt wurde und die Jobcenter die Möglichkeit haben, zur Rentenantragstellung aufzufordern bzw. diese selbst zu veranlassen. Sollte die Einführung des SGB II aber tatsächlich entscheidend für den sprunghaften Anstieg der Ablehnung wegen nicht erfüllter Wartezeiten im Jahr 2005 sein, dann wäre ein allmählicher Rückgang dieses Ablehnungsgrundes zu erwarten. Denn durch die Rentenversicherungspflicht im SGB II-Leistungsbezug (2005 bis 2010) erfüllten mit fortlaufender Zeit immer mehr Leistungsbeziehende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente. Tatsächlich ist ein bis 2010 stetig wachsender Anteil – zuletzt ca. 25 Prozent – der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrente aus dem SGB II-Leistungsbezug gekommen (Bäcker 2012).

Die Rentenbezugszeiten von Neuzugängen in Erwerbsminderungsrenten liegen mit 6,37 Jahren (Männer) und 5,87 Jahren (Frauen) deutlich unter den durchschnittlichen Rentenbezugszeiten der Altersrentner_innen (ca. 17 Jahre für Männer und 21 Jahre für Frauen). Mit steigendem Alter bei Beginn der Erwerbsminderung steigen auch die Rentenbezugszeiten. Selbst bei den ältesten Neuzugängen in EM-Rente, den 64-Jährigen, liegen sie aber immer noch deutlich unter dem Durchschnitt der Altersrentner_innen, was auf die niedrige Lebenserwartung der Erwerbsgeminderten zurückzuführen ist (siehe [Abbildung 6](#)). Die sehr kurzen durchschnittlichen Rentenlaufzeiten der *jungen* Erwerbsminderungsrentner_innen sind vermutlich – die Statistiken weisen dies nicht getrennt aus – sowohl auf häufigere Befristungen als auch auf Rentenwegfälle wegen Tod zurückzuführen. Dies weist auf den oftmals schlechten Gesundheitszustand der Erwerbsgeminderten hin. Zudem deutet die Altersabhängigkeit der Rentenbezugszeit darauf hin, dass faktisch in irgendeiner Weise das Alter in die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eingeht. Seit 2000 ist die mittlere Rentenbezugsdauer der EM-Rentenbeziehenden sowohl bei Männern als auch bei Frauen um ca. ein Jahr gestiegen (Statistiken der Deutschen Rentenversicherung – Forschungsportal). Neben der – im Vergleich zu Altersrenten – geringeren Zahl der Neuzugänge tragen auch die deutlich kürzeren Bezugszeiten der EM-Renten dazu bei, dass das finanzielle Risiko bei Erwerbsminderung für die Gesetzliche Rentenversicherung überschaubar bleibt und sich nur allmählich ändern kann.

Rentenbezugszeiten von Erwerbsminderungsrenten, Männer und Frauen, 2001 und 2012



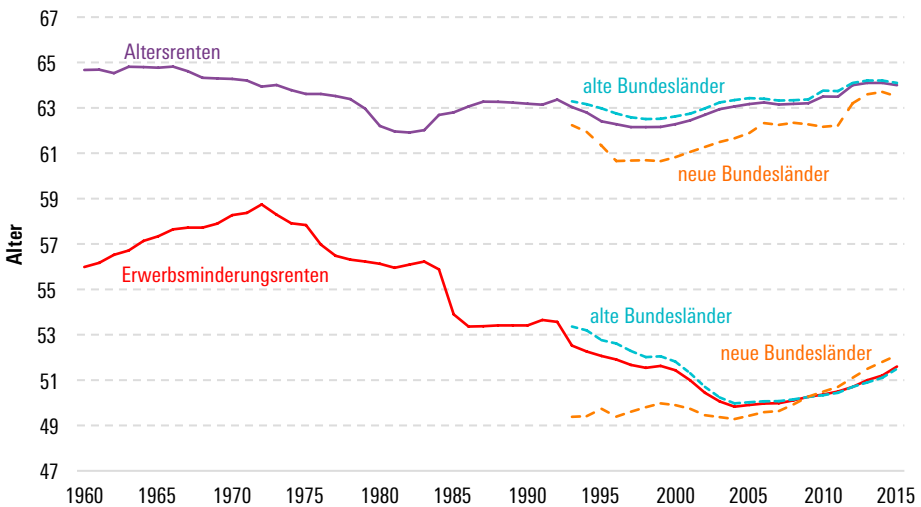
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (Forschungsportal).

Das durchschnittliche Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten liegt gegenwärtig knapp über 50 Jahre. Langfristig befindet es sich damit auf einem niedrigen Niveau. In den 1990er-Jahren ist das durchschnittliche Zugangsalter in den alten Bundesländern deutlich zurückgegangen (von ca. 54 auf ca. 50 Jahre), während es in Ostdeutschland noch bei knapp unter 50 Jahren lag. Wiederum zwei Jahrzehnte zuvor war der Höchststand erreicht (ca. 59 Jahre, 1972). Innerhalb von 40 Jahren ist die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner_innen also deutlich jünger geworden (siehe Abbildung 7).

Eine wichtige Frage ist, ob sich Veränderungen in der Arbeitslosigkeit im Erwerbsminderungsrentenzugang niederschlagen. In der langfristigen Perspektive ist ein derartiger Zusammenhang nicht zu erkennen (Abbildung 8). Die Arbeitslosenquote ist durch eine ausgeprägte Konjunkturabhängigkeit und von Anfang der 1970er-Jahre bis in die jüngste Vergangenheit hinein durch eine steigende Sockelarbeitslosigkeit charakterisiert. Demgegenüber

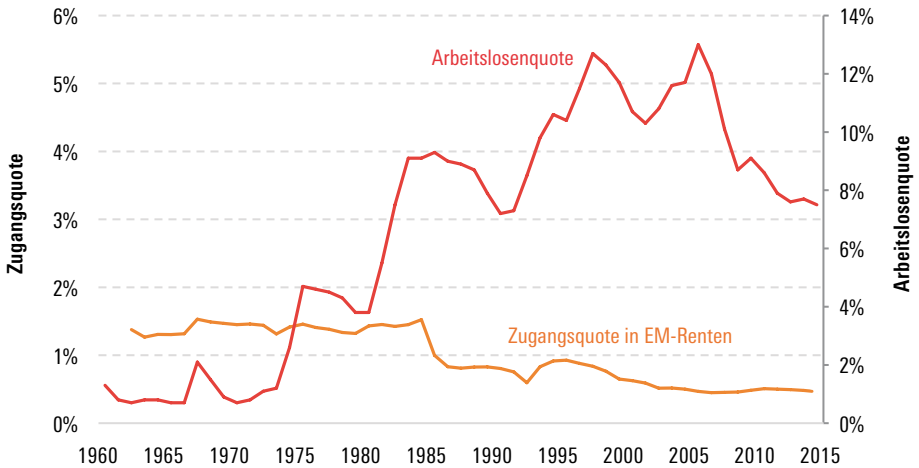
Abbildung 7

Durchschnittsalter beim Zugang in Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters, 1960 bis 2015



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, eigene Berechnungen.

Zugangsquote in Erwerbsminderungsrente und Arbeitslosigkeit, 1960 bis 2015



Quelle: Statistik der Rentenversicherung, Statistik der BA.

entwickeln sich die meisten Indikatoren zur Erwerbsminderungsrente langfristig stetig mit wenigen markanten Brüchen. Hinzu kommt, dass sich die Bedingungen für den Bezug der Erwerbsminderungsrente langfristig geändert haben, sodass ein statistischer Zusammenhang zwischen beiden Zeitreihen für den gesamten Zeitraum bedeutungslos sein kann und allenfalls für bestimmte Zeiträume untersucht werden sollte.²⁷ Dies gilt auch für die anderen hier verwendeten Indikatoren (EM-Rentenanteil an Versichertenrenten, Zugangsalter, Bewilligungsquoten). In der langfristigen Perspektive hängt

27 Tatsächlich ist der Korrelationskoeffizient für den gesamten Zeitraum bei $-0,8$, was einen starken Zusammenhang dergestalt bedeutet, dass bei hoher Arbeitslosigkeit die Zugänge in EM-Rente niedrig sind. In [Abbildung 8](#) ist erkennbar, dass die Zugänge in EM-Renten bis Mitte der 1970er-Jahre doppelt so hoch waren wie danach. Bis Mitte der 1970er-Jahre war parallel die Arbeitslosigkeit niedrig, danach – mit Schwankungen – hoch. Hier liegt eher ein dauerhafter Bruch in der Inanspruchnahme von EM-Renten vor, und weniger eine Wechselwirkung mit der Arbeitslosenquote. Nur bezogen auf den Zeitraum ab 1992 und differenziert nach alten und neuen Bundesländern ist auch statistisch kein Zusammenhang nachweisbar.

der „Druck“ auf Erwerbsminderungsrenten nicht nur und vielleicht nicht einmal in erster Linie von der Arbeitsmarktlage ab, sondern vermutlich stärker von den Regelungen zur Altersrente.

Sind die langfristigen Entwicklungen bei der Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrenten überwiegend durch relativ allmähliche Veränderungen und nur wenige Trendbrüche innerhalb weniger Jahre gekennzeichnet, so zeigt eine kleinräumige Betrachtung, dass hinter den bundesweiten Zahlen eine beträchtliche regionale Varianz steckt. Dies wird bereits bei den Zugangsquoten in Erwerbsminderungsrente sowie beim Zugangsalter deutlich (siehe [Abbildung 9](#) und [Abbildung 10](#)).

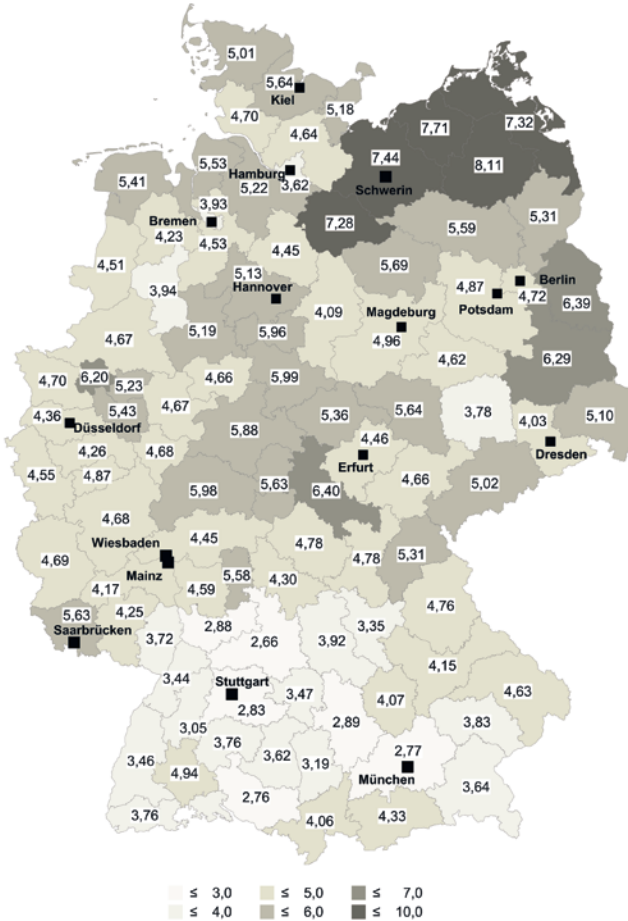
Bezogen auf das Jahr 2012, sind in einigen Raumordnungsregionen etwa drei Neuzugänge in EM-Renten pro 1.000 aktiv Versicherte zu verzeichnen, in anderen dagegen über sieben; in der Spitze (Mecklenburgische Seen) sind es sogar acht Promille. Die Regionen mit den niedrigsten Quoten weisen also nicht einmal halb so große Kennwerte auf wie die mit den höchsten. Die regionalen Unterschiede sind weitgehend stabil; ein Vergleich der regionalen Zugangsquotienten der Zugangsjahre 2005, 2008 und 2010 erbrachte einen Korrelationskoeffizienten von ca. 0,8 (Brussig/Aurich-Beerheide/Schwarzkopf 2014, S.38). Die sehr niedrigen Zugangsquoten (weniger als drei Promille) treten ausschließlich im Südwesten auf (Bayern und vor allem Baden-Württemberg), wo allerdings auch mittlere regionale Zugangsquoten zu verzeichnen sind. Die sehr hohen Zugangsquoten (über sieben Promille) liegen ausschließlich in Mecklenburg-Vorpommern. Im übrigen Bundesgebiet ist keine klare räumliche Verteilung der regionalen Zugangsquoten zu erkennen, allerdings ist die Varianz im übrigen Bundesgebiet auch deutlich kleiner (siehe [Abbildung 4](#)). Überwiegend liegen die regionalen Zugangsquoten der Männer sehr nahe an denen der Frauen; im Durchschnitt sind die Werte für Männer und Frauen nahezu identisch (4,5 Promille, nicht dargestellt).

Auch das durchschnittliche Zugangsalter variiert regional. Im bundesweiten Durchschnitt liegt es bei 52,0 Jahren. In einigen Regionen liegt es unter 51 Jahren (und in Schleswig-Holstein Süd sogar bei nur 49,8 Jahren), in anderen Regionen liegt es bei 53 Jahren und im Allgäu sogar bei 54,3 Jahren. Die Schwankungen beim durchschnittlichen Zugangsalter in Erwerbsminderungsrente sind damit inzwischen höher als bei der Altersrente, in der frühestmögliche Altersgrenzen angehoben und vorzeitig beziehbare Altersrenten geschlossen wurden. Beim durchschnittlichen Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten ist noch weniger als bei der Zugangshäufigkeit ein regionales Muster zu erkennen. Insbesondere gibt es keinen Zusammenhang zwischen Zugangshäufigkeit und Zugangsalter auf regionaler Ebene.

Zugangshäufigkeit und durchschnittliches Zugangsalter lassen sich dahingehend untersuchen, ob sie Zusammenhänge zu anderen regionalen Merkmalen aufweisen. Von besonderem Interesse sind die Altersstruktur der

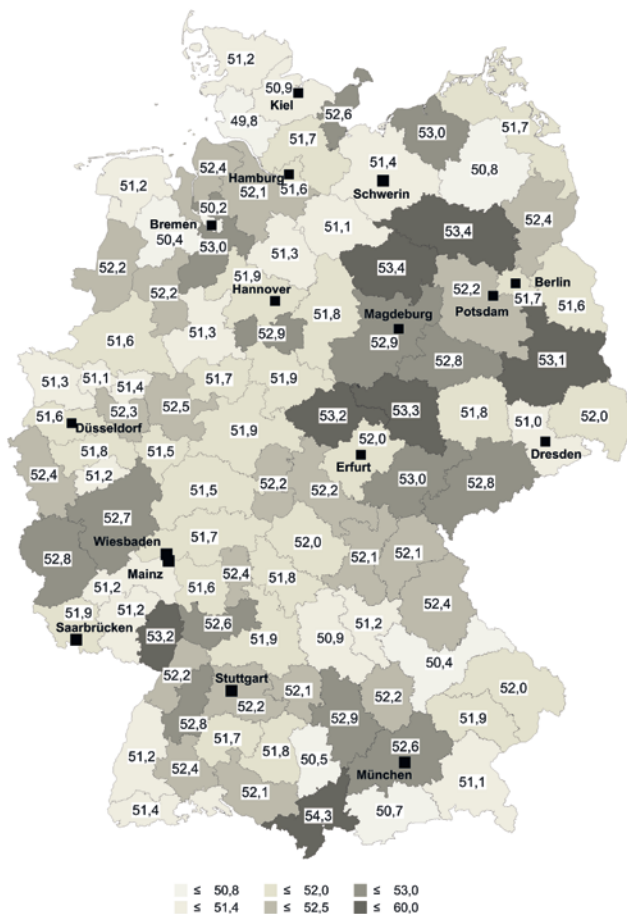
Abbildung 9

Zugangsquote in Erwerbsminderungsrenten 2012, nach Raumordnungsregionen (Männer und Frauen)



Quelle: Aktiv Versicherte, Rentenzugang 2012, eigene Berechnungen.

Durchschnittliches Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten 2012, nach Raumordnungsregionen (Männer und Frauen)



Quelle: Aktiv Versicherte, Rentenzugang 2012, eigene Berechnungen.

Bevölkerung, die Arbeitslosigkeit sowie die Erwerbsbeteiligung von Älteren. Da gesundheitliche Beeinträchtigungen mit steigendem Alter zunehmen, ist eine höhere Zugangsquote in Erwerbsminderungsrenten dort zu erwarten,

wo Ältere im erwerbsfähigen Alter einen hohen Bevölkerungsanteil ausmachen. Eine hohe Arbeitslosigkeit verschlechtert Beschäftigungsmöglichkeiten auch für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie umgekehrt eine hohe Erwerbsbeteiligung von Älteren auf relativ günstige Beschäftigungsmöglichkeiten für Ältere hinweist. – Diese Überlegungen bestätigen sich im Wesentlichen durch die empirische Analyse ([Abbildung 11](#), linke Hälfte). Altersstruktur in der Bevölkerung und Arbeitslosenquote bilden einen etwa gleich starken positiven Zusammenhang zur Zugangsquote in Erwerbsminderungsrente. Dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Diese Zusammenhänge sind von mittlerer Stärke (zwischen ca. 0,5 und 0,6), also weit davon entfernt, den Zugang in Erwerbsminderungsrente zu determinieren oder zu „erklären“. Erwartungsgemäß ist der Zusammenhang zur Erwerbstätigkeit Älterer negativ; die Stärke des Zusammenhangs ist aber schwächer, wenngleich immer noch vorhanden. Würden sich diese Zusammenhänge in einer umfassenden Kausalanalyse bestätigen, dann könnte man von einer Reduktion der Altersarbeitslosigkeit einen größeren Beitrag für eine (rückläufige) Inanspruchnahme einer Erwerbsminderungsrente erwarten als von einer weiter steigenden Alterserwerbsbeteiligung.

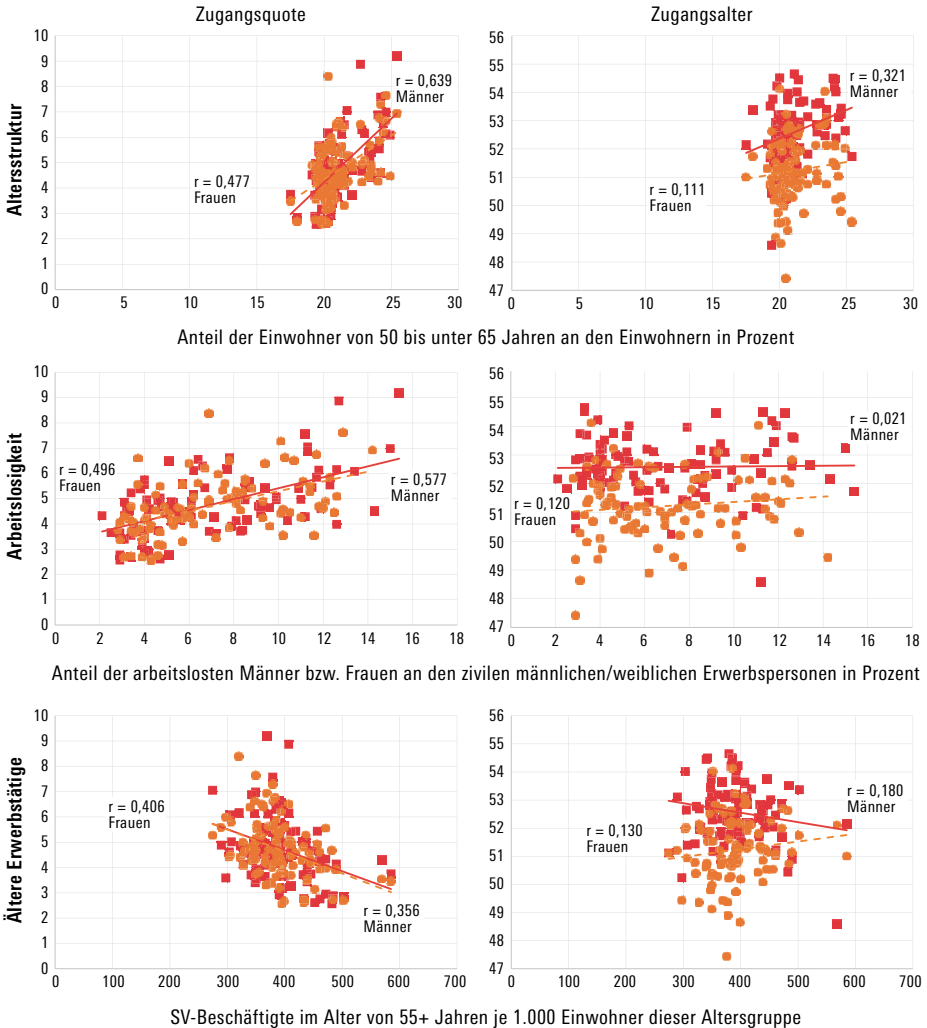
Die Zusammenhänge zwischen diesen Sozialstrukturindikatoren und dem durchschnittlichen Zugangsalter bei Beginn einer Erwerbsminderungsrente fallen durchweg schwächer aus (Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit Älterer) bzw. fehlen ganz (Altersstruktur) ([Abbildung 11](#), rechte Hälfte). Hier bestätigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen Zugangshäufigkeit und Zugangsalter gibt (s. o.). Noch am ehesten lässt sich erkennen, dass in Regionen mit einem hohen Bevölkerungsanteil Älterer im erwerbsfähigen Alter (in denen auch die Zugangsquote höher ist) das durchschnittliche Zugangsalter tendenziell höher ist.

Mit Hilfe der Möglichkeit, bei fehlenden Beschäftigungsmöglichkeiten („verschlossener Arbeitsmarkt“) Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung befristet in volle Erwerbsminderungsrenten umzuwandeln, kann auf die Arbeitsmarktlage Bezug genommen werden. Es ist deshalb zu vermuten, dass auf regionaler Ebene die Beschäftigungsindikatoren mit den Rentenindikatoren korrelieren.

Dies bestätigt sich aber weder für die Zugangsquote der umgewandelten Erwerbsminderungsrenten, noch für den Anteil der Umwandlungen an allen Erwerbsminderungsrenten ([siehe Abbildung 12](#)). Bei der Zugangsquote werden erneut die Zusammenhänge sichtbar, die bereits für die Gesamtheit der Erwerbsminderungsrenten gezeigt wurden ([siehe Abbildung 11](#)): Es gibt tendenziell mehr Zugänge in Erwerbsminderungsrenten, wenn die Bevölkerung

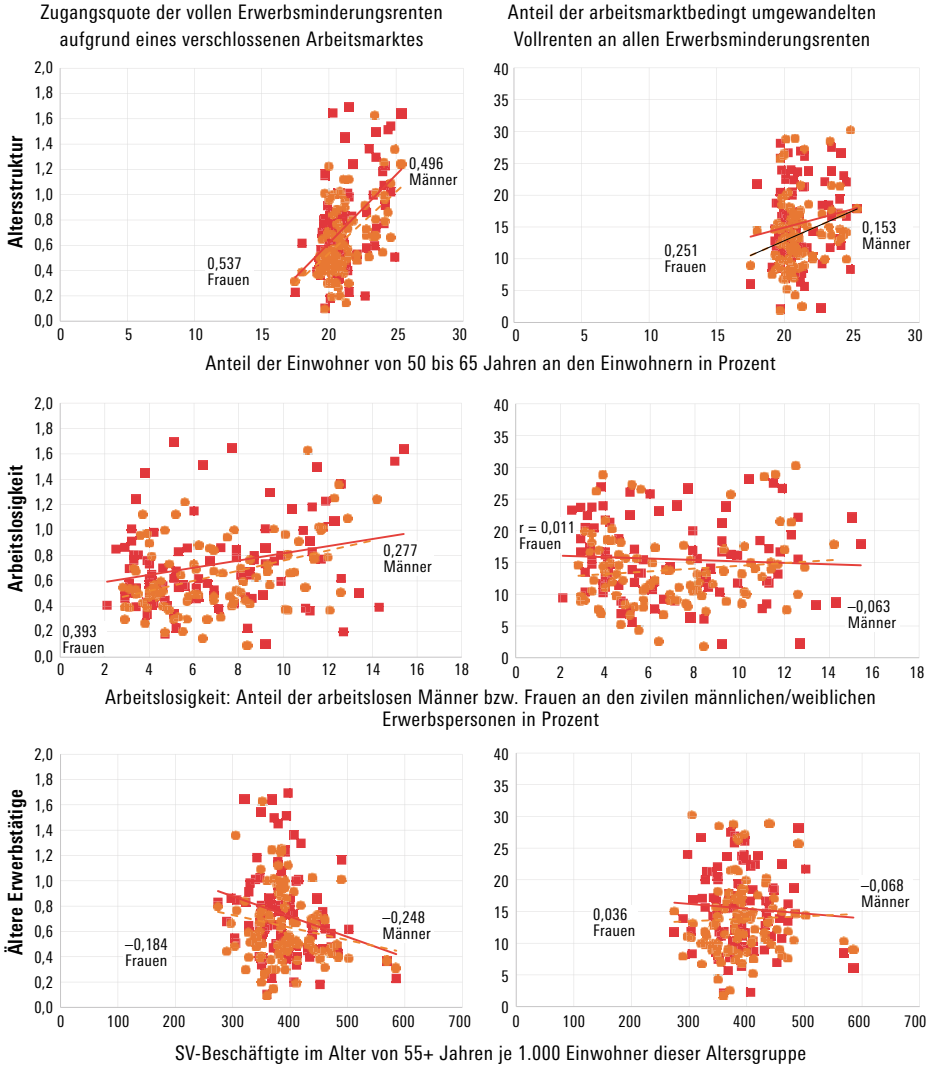
Abbildung 11

Zusammenhänge zwischen Altersstruktur, Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung im Alter und Zugangsquote sowie Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten



Anmerkung: Jeder Datenpunkt repräsentiert eine Raumordnungsregion.
 Quelle: Aktiv Versicherte, Rentenzugang 2012, INKAR, eigene Berechnungen.

Zusammenhänge zwischen Altersstruktur, Arbeitslosigkeit, Erwerbsbeteiligung im Alter und Zugangsquote und Anteil der umgewandelten Erwerbsminderungsrenten



Anmerkung: Jeder Datenpunkt repräsentiert eine Raumordnungsregion.
 Quelle: Aktiv Versicherte, Rentenzugang 2012, INKAR, eigene Berechnungen.

(im erwerbsfähigen Alter) älter, die Arbeitslosigkeit hoch und der Anteil der älteren Beschäftigten niedrig ist. Die Bestätigung ist für die Zugangsquote in umgewandelte Erwerbsminderungsrenten jedoch abgeschwächt, was bereits darauf hinweist, dass die statistischen Zusammenhänge nicht durch diesen speziellen Rententatbestand hervorgerufen werden. Vielmehr liegen diese Zusammenhänge „im Schatten“ der generellen Zugangsquote in Erwerbsminderungsrente insgesamt: Dort, wo es tendenziell mehr Erwerbsminderungsrentenzugänge gibt (beispielsweise in Regionen mit hohem Bevölkerungsanteil älterer Menschen), gibt es eben auch tendenziell mehr Zugänge in umgewandelte Erwerbsminderungsrenten. Folgerichtig steht der Anteil der umgewandelten Erwerbsminderungsrenten an allen bewilligten Erwerbsminderungsrenten in gar keinem statistischen Zusammenhang zu den drei verwendeten Beschäftigungsindikatoren. Es ist also nicht so, dass in Regionen mit schlechter Arbeitsmarktlage, in denen – aus welchen Gründen auch immer – grundsätzlich wenige Erwerbsminderungsrenten bewilligt werden, relativ viele „Arbeitsmarktrenten“ vorliegen. Eher im Gegenteil gibt es eine regionale Varianz im Zugang in Erwerbsminderungsrenten, die nur wenig mit der Beschäftigungslage korreliert. Die Zugänge in arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten erfolgen regional einheitlicher als die Zugänge in Erwerbsminderungsrenten generell. Dies könnte daran liegen, dass bei gegebener (individueller) Arbeitslosigkeit eine volle Rente gewährt wird, da von einem verschlossenen Teilzeitarbeitsmarkt ausgegangen wird. Es ist dann weniger die regionale Arbeitsmarktlage mit ihren verbliebenen Beschäftigungschancen als vielmehr die Tatsache, arbeitslos zu sein, die die Umwandlung bewirkt.

3.5 Fazit: Sonderfall Deutschland?

In diesem Kapitel wurden Grundzüge der Ausgestaltung von Erwerbsminderungsrenten sowie langfristige Trends ihrer Inanspruchnahme in Deutschland im internationalen, historischen und binnenregionalen Vergleich dargestellt, um einerseits Besonderheiten der Erwerbsminderungsrenten in Deutschland zu erfassen und andererseits Anhaltspunkte für die Analyse der Zugangssteuerung zu gewinnen (siehe Abschnitt 3.1).

Zu den *Besonderheiten* der Sicherung bei Erwerbsminderung in Deutschland, wie sie sich im Laufe der Zeit herausgebildet hat, gehört die Verknüpfung von einer starken Erwerbsorientierung in Verbindung mit einer schwachen Stattsicherung. Das zentrale Element zur Förderung bzw. Wie-

derherstellung der Erwerbsfähigkeit ist die Rehabilitation, und der Grundsatz „Reha vor Rente“ ist von Anbeginn an im System der Rentenversicherung enthalten. Er setzt nicht erst mit der aktivierenden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik etwa seit Mitte der 1990er-Jahre ein. Auch der mit der Reform von 2001 eingeführte Grundsatz, dass Renten wegen Erwerbsminderung als Zeitrenten zu bewilligen sind, ist als ein Element zu verstehen, mit dem die Rückkehr in den Arbeitsprozess zumindest nicht behindert werden soll. Die schwache Statussicherung besteht eben nicht nur in den niedrigen Rentenzahlungsbeträgen, die in der öffentlichen Diskussion im Vordergrund stehen. Sie besteht auch und vielleicht noch stärker in dem fehlenden Berufs- und Einkommenschutz, was nach langen graduellen Entwicklungen erst mit der Reform von 2001 explizit festgeschrieben wurde. Ein beliebig starker Einkommensrückgang aus gesundheitlichen Gründen ist kein Anhaltspunkt für eine Erwerbsminderung, solange die Erwerbstätigkeit im Umfang von mindestens drei bzw. sechs Stunden täglich fortgeführt werden kann. Versteht man unter „Erwerb“ nicht nur „Arbeit“, sondern auch, dass aus der Arbeit ein Einkommen erzielt wird, wäre bei den Erwerbsminderungsrenten, wie sie gegenwärtig gefasst werden, genauer von „Renten wegen (dauerhafter) Arbeitsunfähigkeit“ zu sprechen. Mit dem fehlenden Einkommensbezug ist die Statussicherung bei Erwerbsminderung sogar noch schwächer ausgeprägt als in der Arbeitslosenversicherung und entspricht eher der Grundsicherung für Arbeitsuchende.²⁸ Dies ist nicht nur hervorzuheben, da es sich bei der Rente wegen Erwerbsminderung um eine Versicherungsleistung und keine Grundsicherungsleistung handelt, sondern weil gemeinhin eine Erwerbsminderung als weniger „anreizsensitiv“ gilt als Arbeitslosigkeit.

Anhaltspunkte für die Zugangssteuerung ergeben sich zunächst daraus, dass im internationalen Vergleich das deutsche System hinsichtlich der institutionellen Rahmenbedingungen als großzügig bewertet wird, die Zugangsquoten aber niedrig sind. Möglicherweise lässt sich dieser Widerspruch durch organisationale Bedingungen und Prozesse der Zugangssteuerung erklären. Ein weiterer Anhaltspunkt ergibt sich aus den widersprüchlichen Zusammenhängen zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme einerseits und der Arbeitsmarktlage andererseits: Während der internationale Vergleich deutlich zu zeigen scheint, dass die Sicherung bei Erwerbsminderung in

28 In der Arbeitslosenversicherung gilt eine Arbeit als unzumutbar, wenn das Einkommen niedriger ist als der Anspruch auf Arbeitslosengeld. In den ersten Monaten der Arbeitslosigkeit ist die Einkommensschwelle noch höher. In der Grundsicherung für Arbeitsuchende gibt es keine Einkommensgrenze, unterhalb derer eine Arbeit unzumutbar wäre.

Deutschland kein stark genutztes Ventil ist, ist im innerstaatlichen Vergleich ein positiver Zusammenhang zwischen regionaler Arbeitslosigkeit und regionaler Inanspruchnahme von EM-Renten nicht von der Hand zu weisen. Er zeigt sich aber stärker bei den EM-Renten insgesamt und nicht bei der speziellen Rentenart der vollen EM-Rente aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes, was zunächst paradox erscheint. Speziell mit Blick auf das hier verfolgte Forschungsvorhaben wirft der im internationalen Vergleich unklare Zusammenhang von wirtschaftlicher Entwicklung und Bezug von Erwerbsminderungsleistungen die Frage danach auf, inwiefern die Inanspruchnahme durch institutionelle Unterschiede beeinflusst ist. Es würde daher helfen, zu prüfen, welchen Einfluss die wirtschaftliche Situation in einem einheitlichen Rechtsraum hat. Genau dies bildet das hier verwendete Forschungsdesign ab.

4 RECHTLICHE UND ORGANISATORISCHE GRUNDLAGEN DER ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBSMINDERUNGSRENTEN

Entsprechend den theoretischen Vorüberlegungen in [Kapitel 2](#) lassen sich die Akteure der Zugangssteuerung als ein organisatorisches Feld verstehen, d.h. sie sind, obwohl selbstständig, miteinander verbunden und beziehen sich in ihren Handlungen aufeinander. Von den Akteuren werden im Folgenden die Krankenkassen, die öffentliche Arbeitsvermittlung (Arbeitsagenturen und Jobcenter) sowie die Rentenversicherung betrachtet. Um die Entscheidungen der jeweiligen Sozialleistungsträger, insbesondere der Rentenversicherung zu verstehen, müssen die Rahmenbedingungen bekannt sein, unter denen sie handeln und entscheiden. Diese Rahmenbedingungen sind zunächst rechtlicher Art. Die sozialrechtlichen Grundlagen für einen Leistungsbezug bei Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung werden im [Abschnitt 4.1](#) differenziert für Krankenkassen ([Abschnitt 4.1.1](#)), öffentliche Arbeitsvermittlung ([Abschnitt 4.1.2](#)) und Rentenversicherung ([Abschnitt 4.1.3](#)) dargestellt. Die Akteure der Zugangssteuerung richten sich aber nicht nur an den rechtlichen Grundlagen aus. Als Organisationen stehen sie vor der Notwendigkeit, die Gesamtheit ihrer Arbeitsabläufe intern zu organisieren. Durch binnenorganisatorische Verfahren und untergesetzliche Regelungen werden die gesetzlichen Grundlagen weiter konkretisiert. Auch diese Regelungsebene stellt einen Teil der Formalstrukturen dar, innerhalb derer die Personen, die im Namen ihrer jeweiligen Organisation entscheiden, handeln. Diese organisatorischen Grundlagen werden in [Abschnitt 4.2](#) behandelt, wobei zunächst auf verwaltungsrechtliche trägerübergreifende Grundsätze der Zugangssteuerung ([Abschnitt 4.2.1](#)) und speziell auf die Möglichkeit der Pflicht zur Antragstellung für Versicherte – also gewissermaßen eine Antragstellung nicht aus individuellen Überlegungen, sondern auf Veranlassung eines Sozialleistungsträgers – eingegangen wird ([Abschnitt 4.2.2](#)), bevor wichtige organisatorische Grundlagen der Krankenkassen ([Abschnitt 4.2.3](#)), der öffentlichen Arbeitsvermittlung ([Abschnitt 4.2.4](#)) und der Rentenversicherung ([Abschnitt 4.2.5](#)) erläutert werden.

4.1 Rechtliche Grundlagen der Zugangssteuerung

4.1.1 Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld von Krankenkassen

Einer möglichen Erwerbsminderung geht häufig eine längere Arbeitsunfähigkeit voraus. Wird die Arbeitsunfähigkeit von einer Ärztin bzw. einem Arzt, die oder der vom Versicherten gewählt wird, bescheinigt, haben Beschäftigte zunächst Anspruch auf Lohnfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber, anschließend Anspruch auf Krankengeld gegenüber ihrer Krankenkasse.

Für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gibt es in Abhängigkeit des sozialrechtlichen Status des Versicherten unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe, die der Gemeinsame Bundesausschuss²⁹ in einer Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie festlegt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016, § 2 Abs. 1–3a AU-RL): Danach liegt bei versicherten *Beschäftigten* Arbeitsunfähigkeit vor, wenn sie aufgrund der Erkrankung ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausführen können. Für Arbeitslose im SGB III bzw. erwerbsfähige Leistungsberechtigte im SGB II gibt es keinen Tätigkeitschutz; Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei *Arbeitslosen* im SGB III sind leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang, für den sie sich bei der Arbeitsagentur zur Verfügung gestellt haben, *erwerbsfähige Leistungsberechtigte* im SGB II gelten als arbeitsunfähig, wenn sie nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten. Damit knüpfen die Arbeitsunfähigkeitsregelungen für Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte an die Leistungsvoraussetzungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches an.

Sind versicherte Beschäftigte längere Zeit arbeitsunfähig erkrankt, haben sie Anspruch auf Krankengeld. Der Krankengeldanspruch besteht grundsätzlich vom Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt (§ 46 SGB V); er ruht jedoch für die Dauer der Entgeltfortzahlung (§ 49 SGB V), in der Regel für sechs Wochen. Krankengeld wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Besteht Arbeitsunfähigkeit

²⁹ Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 1 SGB V). Er beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung von Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei soll er auch Richtlinien beschließen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowie über die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 92 Abs. 1 Pt.7, 8 SGB V).

aufgrund derselben Krankheit, ist die Bezugsdauer jedoch auf 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren begrenzt, gerechnet vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an (§ 48 Abs. 1 SGB V). Dies gilt gleichermaßen für eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit dieser Dauer wie durch wiederholte kürzere, zu addierende Arbeitsunfähigkeitszeiten, sofern es sich um dieselbe Erkrankung handelt. Bei Erreichen der Höchstanspruchsdauer wird die Zahlung des Krankengeldes eingestellt, auch wenn weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht. In diesem Fall werden sie an die Arbeitsagentur verwiesen, die eine rentenrechtliche Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einleitet und zwischenzeitlich zur nahtlosen Sicherstellung des Lebensunterhaltes Arbeitslosengeld (bei Minderung der Erwerbsfähigkeit, § 145 SGB III) zahlt. Die Höhe des Krankengeldes ist gesetzlich vorgeschrieben und orientiert sich am vorherigen Einkommen: Es beträgt bei Beschäftigten 70 Prozent des durchschnittlichen Bruttoeinkommens, maximal 90 Prozent des letzten Nettoeinkommens (§ 47 Abs. 1 und 2 SGB V), abzüglich der Arbeitnehmeranteile zur gesetzlichen Sozialversicherung (ohne Beiträge zur GKV). Damit ist es im Regelfall höher als Arbeitslosengeld und Erwerbsminderungsrente. Ein Interesse der Versicherten an der maximalen Ausschöpfung des Krankengeldanspruches wäre insofern rational. Bezieher_innen von Arbeitslosengeld erhalten Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes.

4.1.2 Die öffentliche Arbeitsvermittlung

Kriterien für Arbeitsunfähigkeit und Leistungsfortzahlung

Arbeitslosigkeit und der Bezug von Arbeitslosengeld auf der einen Seite und Arbeitsunfähigkeit (und erst recht Erwerbsminderung) auf der anderen Seite schließen einander insofern aus, als Arbeitslosigkeit (und daran anknüpfend der Bezug von Arbeitslosengeld) voraussetzt, dass eine Erwerbstätigkeit gesucht wird und die Verfügbarkeit für die Vermittlungsbemühungen der Bundesagentur für Arbeit gegeben ist (§ 16 SGB III). Dies impliziert darüber hinaus, dass eine Erwerbstätigkeit unmittelbar aufgenommen werden kann. Im Zustand der Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit ist dies jedoch nicht möglich. Infolgedessen müssen Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit in ihrer Beziehung zueinander geregelt werden.

Dies geschieht mit der oben erwähnten Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, in der die Maßstäbe für Arbeitsunfähigkeit definiert werden (AU-Richtlinie in der Fassung vom 20.10.2016). Demnach gilt für Arbeitslose ein anderer Maßstab als für Beschäftigte:

„Versicherte, die arbeitslos sind [...] sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben“ (§ 2 Abs. 3 AU-Richtlinie; zur Besonderheit für Leistungsbeziehende von Arbeitslosengeld II s. u.).

Hiermit wird zunächst der Tatsache Rechnung getragen, dass Arbeitslose auch eine Beschäftigung unterhalb einer Vollzeitbeschäftigung suchen können; der zeitliche bzw. quantitative Maßstab der Arbeitsunfähigkeit passt sich daran an. Vor allem aber unterscheidet sich der qualitative Maßstab für Arbeitsunfähigkeit, denn zugrunde gelegt werden „leichte Arbeiten“ und damit alle Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und nicht, wie bei Beschäftigten, die aktuelle Tätigkeit. Der Bezug auf die letzte oder eine frühere Tätigkeit, wie sie beim Krankengeld gegeben ist (s. o.), ist hier entfallen.

Dies entspricht den Bedingungen für den Bezug von Arbeitslosengeld. Auch dort wird nicht auf die letzte, eine frühere oder eine erlernte Tätigkeit Bezug genommen. Es besteht aber ein Einkommenschutz, da Arbeiten als unzumutbar gelten, mit denen ein Einkommen erzielt wird, das unterhalb des Betrages an Arbeitslosengeld liegt (in den ersten Monaten des Arbeitslosengeld-Bezuges gelten höhere Einkommenschwellen). Diese Zumutbarkeitsgrenze wird in der AU-Richtlinie nicht erwähnt, d. h. Arbeitslose können für Tätigkeiten als leistungsfähig (nicht arbeitsunfähig) erklärt werden, die sie nicht annehmen müssen.³⁰ Sie erhalten dann Arbeitslosengeld (statt Krankengeld).

Das Arbeitslosengeld wird für die ersten sechs Wochen der AU weiter gezahlt, sofern ein Arbeitslosengeld-Anspruch für diesen Zeitraum besteht. Danach setzt Krankengeld ein. In dieser Hinsicht besteht eine Ähnlichkeit zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bei Beschäftigten (s. o.).

Nahtlosigkeitsverfahren

Nach Auslaufen des Krankengeldes, andauernder Arbeitsunfähigkeit (und damit fehlendem Erwerbseinkommen) und nicht geklärter Erwerbsfähigkeit können Versicherte in eine Sicherungslücke fallen. Dies soll durch die sog. Nahtlosigkeitsregelung verhindert werden. Die Nahtlosigkeitsregelung besagt, dass Anspruch auf Arbeitslosengeld auch dann besteht, wenn eine Person

³⁰ Dies gilt aber auch ohne vorhergehende Arbeitsunfähigkeit. Besteht ein Einkommenschutz, sind Arbeitslose auch leistungsfähig für Arbeiten unterhalb des geschützten Einkommens, müssen diese aber nicht annehmen.

„allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil sie wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung ihrer Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mehr als 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für sie in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn eine verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist“ (§ 145, Abs. 1 SGB III).

Es wird Arbeitslosigkeit fingiert, obwohl eine wesentliche Bedingung für Arbeitslosigkeit, nämlich Verfügbarkeit, nicht gegeben ist.

4.1.3 Rentenversicherung

Die gesicherten Risiken

Mit dem Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (BGBl. I S. 1815) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2001 die rentenrechtliche Absicherung bei einer gesundheitlich bedingten Minderung des Leistungsvermögens grundlegend neu geregelt. Erwerbsminderungsrente erhalten demnach Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung *auf nicht absehbare Zeit* außerstande sind, unter den *üblichen Bedingungen* des *allgemeinen Arbeitsmarktes* mindestens *drei bzw. sechs Stunden* täglich erwerbstätig zu sein (§ 43 SGB VI).

Grundlegende Reformelemente waren zum einen die Absenkung der „Opfergrenze“ (BT-Drs. 14/4230, S.23), bei der Leistungen der Rentenversicherung einsetzen, von „unter vollschichtig“ auf „unter sechs Stunden“ täglich; Einkommensverluste in Folge einer Erwerbsminderung, die nur eine Erwerbstätigkeit zwischen sechs und unter acht Stunden zulässt, müssen die Versicherten seither selbst tragen. Der Gesetzgeber begründete dies damit,

„dass nicht jede Einbuße, sondern nur eine wesentliche Einbuße in der Erwerbsfähigkeit zu einem Rentenanspruch führen soll. Der einzelne Versicherte wird dadurch bei der Risikoverteilung zwischen der Solidargemeinschaft aller Versicherten und ihm selbst angemessen beteiligt“ (BT-Drs. 14/4230, S. 23).

Im Ergebnis ist nun zwischen Versicherten zu unterscheiden, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes täglich folgende Stunden arbeiten können:

- noch mindestens sechs Stunden,
- zwischen drei und bis unter sechs Stunden,
- weniger als drei Stunden.

Zum anderen wurde der *Berufsschutz*, der in der Berufsunfähigkeitsrente bestand, für alle ab dem 02.01.1961 geborenen Versicherten aufgehoben. Für ältere Versicherte besteht aus Gründen des Vertrauensschutzes ein Berufsschutz im Rahmen der „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit“; für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EMR-Reformgesetzes bereits bestehende Ansprüche auf Renten gelten die alten Regelungen zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit weiter fort. Der Gesetzgeber begründete die Aufhebung des Berufsschutzes mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten hinsichtlich der Möglichkeiten, eine Erwerbsminderungsrente erhalten zu können (BT-Drs. 14/4230, S.24, s. o.). Nach dem neuen Recht ist Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens nun nicht mehr der erlernte Beruf bzw. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Erwerbsfähigkeit des oder der Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, d. h. in jeder nur denkbaren Tätigkeit, die es auf dem Arbeitsmarkt gibt. Damit entspricht die Rentenversicherung (SGB VI) in der Frage der Zumutbarkeit einer neuen Arbeitsstelle bzw. der Verweisbarkeit auf eine solche zur Vermeidung des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente nicht den anderen Sozialversicherungszweigen Arbeitslosenversicherung (SGB III) und Krankenversicherung (SGB V), sondern dem Fürsorgesystem der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). Auch hier gilt grundsätzlich jede Arbeit als zumutbar, unabhängig von der Ausbildung oder der zuvor ausgeübten Tätigkeit (§ 10 SGB II). Wenngleich in der Arbeitslosenversicherung ebenfalls kein Berufsschutz mehr besteht, so können Arbeitslose hier jedoch durch einen degressiv gestalteten Entgeltsschutz nur mit Einschränkungen auf andere Tätigkeiten verwiesen werden (§ 140 Abs. 3 SGB III). Die Idee, einen durch Arbeitslosigkeit bedingten Einkommensausfall zu kompensieren, ist in der Arbeitslosenversicherung noch deutlich erkennbar. In der Krankenversicherung besteht im Rahmen der Regelungen des Krankengeldbezuges durch Bezugnahme auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der umfassendste Berufs- bzw. Tätigkeitschutz.

Abgrenzung der Risiken: allgemeiner Arbeitsmarkt und konkrete Betrachtungsweise

Der Begriff des „*allgemeinen Arbeitsmarktes*“ ist gesetzlich nicht definiert. Auch in der Begründung zum EMR-Reformgesetz hat der Gesetzgeber auf eine Konkretisierung verzichtet. Das Bundessozialgericht (BSG) hat allerdings mehrfach, so auch 2012 dargelegt, dass mit dem Adjektiv „allgemein“ der erste vom zweiten, öffentlich geförderten Arbeitsmarkt, zu dem regelmäßig nur Leistungsbeziehende nach dem SGB II und SGB III Zugang haben,

sowie von geschützten Einrichtungen wie den Werkstätten für behinderte Menschen abzugrenzen ist (Bundessozialgericht 09.05.2012, Rd. Nr. 18). Die Rentenversicherung hat sich dem angeschlossen und versteht insofern den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ als gleichbedeutend mit „Arbeitsmarkt“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S.73).

Die Erwerbsfähigkeit der Versicherten ist an Hand der *üblichen Bedingungen* des allgemeinen Arbeitsmarktes zu beurteilen. Damit hängt die Erwerbsfähigkeit nicht allein von der zeitlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten ab (quantitatives Leistungsvermögen), sondern auch von den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere hinsichtlich der Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit (qualitatives Leistungsvermögen; Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S.74). Benötigen Versicherte beispielsweise zusätzliche Pausen, die im üblichen Betriebsablauf nicht gewährt werden können, kann möglicherweise auch ein vorhandenes Leistungsvermögen von mehr als sechs Stunden täglich am Arbeitsmarkt nicht umgesetzt werden und begründet einen EMR-Anspruch. Dies kann gleichermaßen für Versicherte mit einer „Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen“ oder mit „schweren spezifischen Leistungsbehinderungen“ gelten. Das BSG hat im Rahmen verschiedener Einzelfallentscheidungen Fallkonstellationen bestimmt, auf die diese besonderen Umstände zutreffen können, beispielsweise bei Einschränkungen der Arm- und Handbewegungen sowie im Falle von Einarmigkeit oder Einäugigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S.76). Es hat zudem bestimmt, dass Bedingungen dann „üblich“ sind, wenn sie nicht nur in Einzel- oder Ausnahmefällen, sondern in nennenswertem Umfang und in beachtlicher Zahl anzutreffen sind, wovon das BSG bei mindestens 300 Arbeitsplätzen im Bundesgebiet ausgeht (Bundessozialgericht 09.05.2012, Rd. Nr. 18). Hinsichtlich der Frage, wie geprüft werden kann, ob eine versicherte Person trotz qualitativer Leistungseinschränkungen noch einsatzfähig, d. h. imstande ist, eine Erwerbstätigkeit im Umfang von mehr als sechs Stunden täglich auszuüben, was eine Ablehnung eines Rentenbegehrens zur Folge hätte, hat das BSG auf die Maßstäbe verwiesen, die es diesbezüglich bereits im alten Recht der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit entwickelt hatte und die nach seiner Auffassung weiterhin Gültigkeit haben (Bundessozialgericht 09.05.2012). Danach kann der Rentenversicherungsträger für den Regelfall davon ausgehen, dass eine versicherte Person, die nach ihrem verbliebenen Restleistungsvermögen noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten täglich mindestens sechs Stunden verrichten kann, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter dessen üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Das BSG geht davon aus, dass hierfür ausreichende Erwerbsmöglichkeiten bestehen, da es mit diesem Leis-

tungsvermögen in der Regel noch möglich ist, solche Arbeiten auszuführen, die in ungelerten Tätigkeiten in der Regel gefordert werden, wie Kleben, Sortieren, Verpacken. In diesen Fällen genügt aus Sicht des BSG die Benennung von „geeigneten Tätigkeitsfeldern“ oder von „Tätigkeiten der Art nach“, die die versicherte Person ausführen kann; eine konkrete Verweisungstätigkeit ist hingegen nicht zu benennen. Nur in jenen Fällen, in denen sich solche Bereiche nicht benennen lassen und insofern „ernste Zweifel“ an der Einsatzfähigkeit der versicherten Person für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen, sieht das BSG die Rentenversicherungsträger in einer individuellen Prüfpflicht, insbesondere ob eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine besondere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt. Verbleibt es bei den Zweifeln, muss der Rentenversicherungsträger – zum Ausschluss eines Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente – mindestens eine konkrete Verweisungstätigkeit (aber keinen konkreten Arbeitsplatz) benennen. Diese muss auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tatsächlich in ausreichendem Umfang vorkommen, d. h. es müssen mindestens 300 Arbeitsplätze, unabhängig von einer Vakanz, vorhanden sein. Gelingt dies dem Rentenversicherungsträger nicht, ist trotz des verbliebenen Leistungsvermögens eine volle Erwerbsminderungsrente zu gewähren.

Dies gilt gleichermaßen für Versicherte mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich – den teilweise Erwerbsgeminderten –, die ihr verbliebenes Leistungsvermögen nicht in Erwerbseinkommen aus einer Teilzeitbeschäftigung umsetzen können: sind sie arbeits- oder beschäftigungslos, erhalten auch sie eine volle Erwerbsminderungsrente. Diese sogenannte *konkrete Betrachtungsweise* ist in § 43 SGB VI nicht normiert, jedoch hat der Gesetzgeber dies unter Bezugnahme auf die ungünstige Arbeitsmarktsituation im Teilzeitbereich in seiner Gesetzesbegründung explizit ausgeführt (BT-Drs. 14/4230, S. 25 f.). Entsprechend der hierzu bereits entwickelten und weiterhin geltenden BSG-Rechtsprechung ist bei arbeits- bzw. beschäftigungslosen teilweise Erwerbsgeminderten zu prüfen, ob eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt tatsächlich möglich ist (BSG vom 11.12.1969 sowie vom 10.12.1975, zitiert nach Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 81 f.). Anders als bei einer vollen Erwerbsminderung ist hier jedoch nicht der bundesweite, sondern der regionale Arbeitsmarkt Bezugspunkt – der Arbeitsplatz muss täglich von der Wohnung aus erreichbar sein. Zudem reicht es nicht aus, allgemein auf ein mögliches Tätigkeitsfeld zu verweisen, sondern es muss konkret ein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz angeboten werden. Gelingt dies Rentenversicherung oder Arbeitsagentur innerhalb eines Jahres ab Antragstellung bzw. Arbeitslosmeldung nicht, ist grundsätzlich

davon auszugehen, dass der Teilzeitarbeitsmarkt „verschlossen“ ist, also keine Chance auf eine Teilzeitbeschäftigung besteht. In diesem Fall besteht Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente.

Da nach dem Willen des Gesetzgebers eines der zentralen Ziele der Erwerbsminderungsrentenreform 2001 die sachgerechte Zuordnung der Risikoabsicherung durch die einzelnen Zweige der Sozialversicherung war, die Rentenversicherung mit der arbeitsmarktbezogenen vollen Erwerbsminderungsrente aber weiterhin bei einem Teil der Versicherten auch das Arbeitsmarktrisiko trägt, wurde eine Ausgleichszahlung seitens der Arbeitslosenversicherung an die Rentenversicherung normiert, mit der ein Teil der finanziellen Aufwendungen erstattet wird (BT-Drs. 14/4230, S.23).

Befristung der Erwerbsminderungsrente als normierter Regelfall

Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente besteht grundsätzlich nur, wenn die Einschränkung des Leistungsvermögens *auf nicht absehbare Zeit* vorliegt. Hierunter wird ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten verstanden; Leistungseinschränkungen von kürzerer Dauer begründen keinen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente (Deutsche Rentenversicherung 2014a zu § 43 SGB VI, R2.2). Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung ist deshalb eine entsprechende zeitliche Prognose gefordert. Zudem muss eine mögliche Besserung einer geminderten Erwerbsfähigkeit prognostiziert werden. Auch dies hat sozialrechtliche Konsequenzen: Seit dem EMR-Reformgesetz gilt, dass nur, wenn aus ärztlicher Sicht eine Besserung unwahrscheinlich ist, eine Dauerrente gewährt wird; andernfalls wird nur eine Rente auf Zeit geleistet. Der Gesetzgeber wollte damit die Zeitrente als Regelfall implementieren und die im alten Recht bestehende Regel-Ausnahme-Systematik wenden, denn dort galt die Dauerrente als der Regelfall, und die Zeitrente war nur auf jene Fälle beschränkt, bei denen eine Aussicht auf Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bestand. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre und kann – wiederum für längstens drei Jahre – verlängert werden. Die maximale Gesamtdauer einer Befristung beträgt neun Jahre; dann gilt die Besserung der Erwerbsminderung als unwahrscheinlich und es besteht Anspruch auf eine Dauerrente (§ 102 Abs. 1 SGB VI). Dies gilt jedoch nicht für arbeitsmarktbedingte volle Erwerbsminderungsrenten: Der arbeitsmarktbedingte Teil, mit dem eine aus medizinischen Gründen gewährte Teil-Erwerbsminderungsrente aufgestockt wird, ist immer zu befristen.

Während Dauerrenten ab dem sogenannten Leistungsfall, dem Tag des Eintritts der Erwerbsminderung, gezahlt werden, werden Zeitrenten frühestens ab dem siebten Kalendermonat nach dessen Eintritt geleistet (§ 101

Abs. 1 SGB VI). Bereits im „Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung“ von 1889 war ein zeitverzögerter Rentenbezugsbeginn bei einer *nicht* dauerhaften Erwerbsunfähigkeit normiert. In der Begründung des Rentenreformgesetzes von 1992 wurde der Zeitpunkt des Einsetzens der befristeten Rente explizit mit dem Ziel einer Risikoteilung zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung begründet: „Befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beginnen erst nach einem halben Jahr, jedoch nun mit Beginn des siebten Kalendermonats und nicht wie bisher nach der 26. Woche, also u. U. mitten in einem Kalendermonat. Da diese Renten nur befristet werden, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht von Dauer ist, erfolgt insoweit eine Risikoverteilung zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung.“ Die Zeitrente soll das Risiko einer sehr langen, aber eben nicht dauerhaften Leistungseinschränkung abdecken und steht damit gewissermaßen zwischen Krankheit und Erwerbsminderung bzw. Krankengeld und (dauerhafter) Erwerbsminderungsrente.³¹

Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten

Der Gesetzgeber ging bei der Konstruktion des EM-Rentenreformgesetzes davon aus, dass viele Versicherte alternativ zu den zunehmend abschlagsbewehrten vorzeitigen Altersrenten auf die Erwerbsminderungsrente ausweichen würden (BT-Drs. 14/4230, S.23 f.). Um dies zu vermeiden, wurden auch auf Erwerbsminderungsrenten Abschläge in Höhe von 0,3 Prozent je Monat eingeführt, soweit sie vor dem vollendeten 63. Lebensjahr beansprucht werden. Da die Abschläge auf der anderen Seite frühestens mit dem vollendeten 60. Lebensjahr beginnen, ist der Abschlag auf höchstens 10,8 Prozent begrenzt. Anknüpfend an die Anhebung der Altersgrenzen für eine Altersrente für schwerbehinderte Menschen (§ 236a SGB VI) steigt auch bei den EM-Renten das obere Referenzalter stufenweise auf das 65. Lebensjahr; da das untere Referenzalter zeitgleich und in gleichen Stufen von 60 Jahre auf 62 Jahre erhöht wird, bleibt es bei einem maximalen Abschlag von 10,8 Prozent (Deutsche Rentenversicherung 2014a zu § 77 SGB VI, R2.2.6). Die Abschläge werden etwas abgemildert, indem die Zeit zwischen dem vollendeten 55. und 60. Lebensjahr nun voll (statt wie im alten Recht nur zu einem Drittel) als Zurechnungszeit angerechnet wird. Zurechnungszeit sind die Monate bzw. Jahre, für die eine

31 Bieback führt zu dieser eigenartigen Verzögerung der befristeten EM-Rente aus: „Die 6-monatige Wartezeit ist mit dem 20. Renten Anpassungsgesetz vom 27.6.1977 (BGBl I 1040) eingefügt worden. Die Regelung wurde in der Stellungnahme des Bundestagsausschusses ohne Begründung in § 1276 Abs. 1 RVO eingearbeitet“ (Bieback 2014, S. 14).

versicherte Person ab dem Eintritt der Erwerbsminderung bis zum 60. Lebensjahr aufgrund der Erwerbsminderung keine Beiträge entrichten kann. Um den Rentenzahlbetrag zu erhöhen, wird eine Beitragszahlung bis zum 60. Lebensjahr unterstellt.³² Hierfür wird der durchschnittliche monatliche Beitrag aus dem bisherigen Versicherungsleben ermittelt.

Leistungsarten

Aufgrund des bei der Reform der Erwerbsminderungsrenten im Jahr 2001 gewährten Bestands- und Vertrauensschutzes existieren aktuell mehrere Gruppen von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit teilweise unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen und Leistungsansprüchen. Hierzu gehören:

- die Renten wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI,
- die Rente für Bergleute nach § 45 SGB VI³³,
- die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI

sowie die nach § 302b SGB VI weiter zu leistenden (aber nicht mehr neu zu bewilligenden)

- Renten wegen Berufsunfähigkeit (§ 43 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000),
- Renten wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 44 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000).

Darüber hinaus gibt es weiterhin eine Große Witwen-/Witwerrente bei Erwerbsminderung (§ 46 Abs. 2 Pt. 3 SGB VI) bzw. bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (§ 303 SGB VI) der Witwe bzw. des Witwers, die jedoch keine Versicherten-, sondern eine Hinterbliebenenrente ist. Die Rente für Bergleute hat aufgrund des spezifischen Personenkreises heute nur noch eine außerordentlich geringe quantitative Bedeutung. Die Renten wegen Berufs- bzw. Erwerbs-

32 Mit dem Rentenpaket 2014 wurde die Zurechnungszeit um zwei Jahre (von 60 auf 62 Jahre) angehoben.

33 Bei der Rente für Bergleute handelt es sich um eine Sonderleistung der knappschaftlichen Rentenversicherung bei verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau. Sie wird knappschaftlich Versicherten gewährt, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bergmännische Tätigkeit und auch eine andere, im Wesentlichen gleichwertige knappschaftliche Beschäftigung nicht mehr ausüben können. Bei Versicherten, die das 50. Lebensjahr vollendet und 25 Jahre unter Tage gearbeitet haben, wird eine verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau gesetzlich vermutet, ohne dass es entsprechender medizinischer Befunde bedarf. Zumutbarkeit und Verweisbarkeit sind in beiden Fallgruppen enger gefasst als bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI.

unfähigkeit sind Renten mit abnehmender Bedeutung, da sie mit dem EMR-Reformgesetz weggefallen sind; Neuzugänge in diese Renten sind damit nicht mehr möglich. Bestand jedoch am 31. Dezember 2000 bereits ein Anspruch auf eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, besteht dieser Anspruch bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze weiter, solange die Voraussetzungen weiterhin vorliegen. Leider liegen keine statistischen Daten zum Bestand dieser Renten vor, aber da seit In-Kraft-Treten des Gesetzes nunmehr über 15 Jahre vergangen sind und das durchschnittliche Zugangsalter in Erwerbsminderungsrenten bei 50 Jahren liegt, dürfte der überwiegende Teil der ehemaligen BU- und EU-Rentenbeziehenden zwischenzeitlich aus dem Rentenbezug ausgeschieden sein. Auch die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit ist eine Rente mit prospektiv abnehmender Bedeutung, da sie nur noch von Versicherten aus dem Kreis der vor dem 02.01.1961 Geborenen beansprucht werden kann. – Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die Praxis der aktuellen Zugangssteuerung und damit auf die Renten wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung.

Voraussetzungen und Leistungen der Erwerbsminderungsrenten nach § 43 SGB VI

Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI haben im Regelfall Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen teilweise oder voll erwerbsgemindert sind (gesundheitlich bedingte Leistungseinschränkung als medizinische Voraussetzung) *und* zu einem beliebigen Zeitpunkt in ihrer Erwerbsbiografie, jedoch vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben *und* in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten abhängigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit entrichtet haben (Wartezeit und Belegungsdichte als versicherungsrechtliche Voraussetzungen).

Die *allgemeine Wartezeit* wird durch Beitrags- und Ersatzzeiten erfüllt. *Beitragszeiten* sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge gezahlt worden sind oder als gezahlt gelten sowie Zeiten, die mit freiwilligen Beiträgen belegt sind (§ 55 SGB VI). Neben den Beiträgen, die im Rahmen einer versicherten abhängigen Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit entrichtet werden, sind Pflichtbeitragszeiten unter bestimmten Voraussetzungen³⁴ auch Zeiten wäh-

34 Die Voraussetzungen wurden im Laufe der Zeit immer wieder verändert. In einigen Jahren wurden beispielsweise während des Bezuges von Arbeitslosengeld keine Pflichtbeiträge an die Rentenversicherung entrichtet; diese Zeiten werden nur als Anrechnungszeiten gewertet (so bis 1978 und 1983–1997), die nicht auf die allgemeine Wartezeit angerechnet werden.

rend des Bezuges von Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II³⁵ und Übergangsgeld sowie Zeiten der Kindererziehung und der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege. Beiträge, die für Beschäftigungen in der DDR gezahlt wurden, gelten ebenfalls als Pflichtbeiträge. Zeiten, in denen geringfügig Beschäftigte den Rentenversicherungsbeitrag des Arbeitgebers aufstocken, sind vollwertige Beitragszeiten; ohne Aufstockung werden sie nur anteilig³⁶ auf die Wartezeit angerechnet. Ohne Pflichtbeitragszeiten zu sein, zählen für die Wartezeit auch Zeiten aus einem Rentensplitting und aus einem Versorgungsausgleich bei einer Scheidung. *Ersatzzeiten* sind Zeiten vor 1992, in denen Versicherte aufgrund außergewöhnlicher Umstände keine Beiträge zahlen konnten. Ursprünglich konzipiert, um negative Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges auf die Versicherungsbiografie auszugleichen, sind heute vorwiegend Zeiten der politischen Verfolgung und Inhaftierung in der DDR von Bedeutung.

Für die zweite versicherungsrechtliche Voraussetzung der *Belegungsdichte* („3 aus 5“⁴) zählen allein Zeiten, für die Pflichtbeiträge gezahlt wurden oder als gezahlt gelten. Wartezeitmonate aus einer geringfügigen Beschäftigung ohne Aufstockung des Rentenversicherungsbeitrages, aus einem Versorgungsausgleich bzw. einem Rentensplitting sowie Ersatzzeiten bleiben hier unberücksichtigt. Der Fünfjahreszeitraum wird um Zeiten verlängert, die nicht mit Pflichtbeiträgen belegt sind, sofern der dies begründende Sachverhalt sozialrechtlich als „unverschuldet“ anerkannt ist, beispielsweise Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit oder Schwangerschaft, wenn hierdurch eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit unterbrochen wurde. Auch Zeiten des Arbeitslosengeld II-Bezuges nach 2010 zählen hierzu.

Medizinische Voraussetzung ist eine rentenrechtlich relevante *Erwerbsminderung*. Erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei bzw. sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein (s. o.).

Stellt die Rentenversicherung eine rentenrechtlich relevante Erwerbsminderung fest, erhalten Versicherte mit einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden eine volle Erwerbsminderungsrente, die als *Zeitrente*

35 Beiträge zur Rentenversicherung wurden nur für den Zeitraum Januar 2005 bis Dezember 2010 entrichtet. Seither sind Zeiten des Arbeitslosengeld II-Bezuges nur Anrechnungszeiten, die bei der allgemeinen Wartezeit nicht berücksichtigt werden.

36 Aufgrund der reduzierten Beitragshöhe werden die Beitragsmonate nur zu einem Drittel als Wartezeitmonate angerechnet.

gewährt wird, sofern eine Behebung der Erwerbsminderung nicht unwahrscheinlich ist (Regelfall; siehe [Tabelle 4](#)), andernfalls als Dauerrente (Ausnahmefall 2). Dies setzt voraus, dass neben den individuellen Voraussetzungen der rentenrechtlich relevanten Erwerbsminderung auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Rentenbezug erfüllt sind (s. o.).

Ist zwar eine *vollständige Behebung* der vollen Erwerbsminderung unwahrscheinlich, nicht jedoch eine *Verbesserung* des Leistungsvermögens auf drei bis unter sechs Stunden täglich (Ausnahmefall 1), was die Umwandlung einer vollen in eine Teil-Erwerbsminderungsrente erlauben würde, so wird die Teil-Erwerbsminderungsrente unbefristet, der auf eine volle Erwerbsminderungsrente aufstockende Teil jedoch nur als Zeitrente gewährt. Bei diesen Fallkonstellationen ist es für das Ergebnis der Entscheidung im Grundsatz unerheblich, ob die oder der Versicherte einen Teilzeitarbeitsplatz inne hat oder nicht (ggf. wird das erzielte Einkommen auf die EM-Rente angerechnet). Anders verhält es sich bei Versicherten mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden, die im Regelfall eine befristete Teil-Erwerbsminderungsrente erhalten, wenn die Behebung der Teil-Erwerbsminderung nicht unwahrscheinlich ist *und* sie einen Teilzeit-Arbeitsplatz innehaben; sind sie hingegen arbeits- bzw. beschäftigungslos, wird im Zuge der konkreten Betrachtungsweise die Teil-Erwerbsminderungsrente in eine volle Erwerbsminderungsrente umgewandelt (s. o.); dabei wird der arbeitsmarktbedingt aufstockende Teil (grundsätzlich) befristet gewährt. Ist hingegen die Behebung der teilweisen Erwerbsminderung unwahrscheinlich (Ausnahmefall), wird die Teil-Erwerbsminderungsrente auf Dauer gewährt, unabhängig davon, ob eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt wird oder nicht. Ist die oder der Versicherte jedoch arbeits- bzw. beschäftigungslos, wird auch hier die Teil-Erwerbsminderungsrente in eine volle Erwerbsminderungsrente umgewandelt, der aufstockende Teil jedoch nur als Zeitrente gewährt. Versicherte mit einem Leistungsvermögen von sechs und mehr Stunden täglich haben keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

Die Rente bei voller Erwerbsminderung wird als Vollrente gezahlt, die Teil-Erwerbsminderungsrente entspricht einer halben Rente. Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung hat eine Lohnzuschussfunktion, da sie nur den Teil des Erwerbseinkommens (teilweise) ersetzen soll, der wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung entfällt; der andere Teil des Erwerbseinkommens soll über eine Teilzeitbeschäftigung erzielt werden. Ist ein entsprechender Teilzeitarbeitsplatz nicht vorhanden, weil der Arbeitsmarkt „verschlossen“ ist, besteht ein Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente (s. o.).

Tabelle 4

Rentenansprüche nach § 43 SGB VI

Leistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes (tägliche Arbeitszeit)	Teilzeit-arbeitsplatz vorhanden?	Anspruch auf Rente			
		wegen teilweiser EM		wegen voller EM	
		auf Zeit	auf Dauer	auf Zeit	auf Dauer
unter 3 Stunden					
Regelfall: Behebung der EM nicht unwahrscheinlich	ja	-	-	+	-
	nein	-	-	+	-
Ausnahmefall 1: Behebung der vollen EM nicht unwahrscheinlich, der teilweisen EM jedoch unwahrscheinlich	ja	-	+	+	-
	nein	-	+	+	-
Ausnahmefall 2: Behebung der vollen und teilweisen EM unwahrscheinlich	ja	-	-	-	+
	nein	-	-	-	+
3 bis 6 Stunden					
Regelfall: Behebung der EM nicht unwahrscheinlich	ja	+	-	-	-
	nein	+	-	-	-
Ausnahmefall: Behebung der EM unwahrscheinlich	ja	-	+	-	-
	nein	-	+	-	-
6 Stunden oder mehr					
Regelfall	ja	-	-	-	-
	nein	-	-	-	-

Anmerkung: + = Rentenanspruch, - = kein Rentenanspruch

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2014a zu § 43 SGB VI.

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, aber die individuellen Voraussetzungen einer rentenrechtlich relevanten Erwerbsminderung gegeben, dann besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe bzw. Grundversicherung bei Erwerbsminderung (SGB XII). Dies setzt aber „Bedürftigkeit“ voraus, d.h. die betreffende Person und mit ihm zusammenlebende Haus-

haltsangehörige sind nicht in der Lage, aus Einkommen oder Vermögen die Existenz zu sichern. Der Anspruch auf Sozialhilfe bzw. Grundsicherung bei Erwerbsminderung besteht auch, wenn die rentenrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, eine Rente gezahlt wird, diese aber – zusammen mit weiteren Einkommens- und Vermögensbestandteilen – nicht existenzsichernd ist (siehe hierzu Knuth 2014).

4.2 Organisatorische Grundlagen der Zugangssteuerung

4.2.1 Verwaltungsrechtliche Grundsätze der Zugangssteuerung

Erwerbsminderungsrenten werden auf Antrag gewährt. Anträge, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, werden in der Regel durch genau die Personen gestellt, die – nach erfolgter Bewilligung – die Erwerbsminderungsrente erhalten. Das Ausmaß der Selbstbestimmung zu einer Antragstellung variiert aufgrund der selbst eingeschätzten Erwerbsfähigkeit und aufgrund sozialrechtlicher Bestimmungen, wegen der Sozialleistungsträger Personen zur Antragstellung auffordern können. Jobcenter bzw. Sozialhilfeträger können sogar an Stelle der vermutlich erwerbsgeminderten Personen einen Antrag stellen (s. u.).

Antragstellungen, die durch Sozialleistungsträger beeinflusst werden, machen einen beträchtlichen Teil des Zugangs in Erwerbsminderungsrenten aus (siehe Tabelle 5). Bei durchschnittlich 1,8 Gründen wurden in über einem Drittel der Antworten Gründe angegeben, die einen unmittelbaren sozialrechtlichen Einfluss anzeigen (Zahlung des Krankengeldes beendet, von der Krankenkasse aufgefordert, von der Arbeitsagentur aufgefordert). Rechnet man indirekte Einflussnahmen hinzu (Arbeitgeber legte es mir nahe, Berentung akzeptabler als Arbeitslosengeld II), so spielte in etwa der Hälfte der Begründungen für eine Antragstellung eine externe Einflussnahme eine Rolle. Da nahezu alle Befragten angaben, dass sie nur noch eingeschränkt bzw. gar nicht arbeitsfähig seien, ist zu vermuten, dass bei einer durchschnittlichen Anzahl von 1,8 Gründen eine Überlappung der weiteren Gründe (über den Verlust der Arbeitsfähigkeit hinaus) keine wesentliche Rolle spielt. Demnach hat etwa die Hälfte der EM-Rentner_innen auch aufgrund externer Einflussnahme einen Antrag gestellt, der letztlich in eine EM-Rente führte.³⁷

³⁷ Zu beachten ist, dass hier lediglich EM-Rentenbezieher_innen zugrunde liegen und nicht Antragsteller_innen (was die abgelehnten Anträge einschließen würde).

Gründe für die Antragstellung

	Anzahl	in Prozent
nur noch eingeschränkt/gar nicht mehr arbeitsfähig	3.488	89,7 %
die Zahlung des Krankengeldes war beendet	529	13,6 %
keine Aussicht auf einen Job, der der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit entsprach	1.015	26,1 %
lange davor arbeitslos	579	14,9 %
von der Arbeitsagentur aufgefordert	504	13,0 %
von der Krankenkasse aufgefordert	527	13,5 %
der Arbeitgeber legte es mir nahe	211	5,4 %
die Berentung erschien akzeptabler, als Arbeitslosengeld II zu beziehen	263	6,8 %

Anmerkung: N = 3.887, Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2015, S. 67.

Bevor die Organisation der Zugangssteuerung durch Sozialleistungsträger erläutert wird, soll auf verwaltungsrechtliche Grundsätze eingegangen werden, die trägerübergreifend gelten. Es sind dies der Amtsermittlungsgrundsatz, die Mitwirkungspflicht des Antragstellers, die Beratungspflicht und die Pflicht zur Zusammenarbeit zwischen Trägern.

Der *Amtsermittlungsgrundsatz* im Sozialgerichtsverfahren bzw. der *Untersuchungsgrundsatz* im Verwaltungsverfahren (§ 20 SGB X) besagt, dass die Behörde „alle für den Einzelfall bedeutsamen“ Tatsachen, und zwar ausdrücklich „auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen“ hat (§ 20 Abs. 2 SGB X). Antragsteller_innen sind also nicht darauf angewiesen, selbst alle Tatsachen vorzubringen, die den Antrag begründen, und sie können von den Sozialleistungsträgern auch nicht dazu verpflichtet werden, soweit die Behörde die Sachaufklärung selbst durchführen kann.

Allerdings sind den Antragstellenden die fraglichen Sachverhalte oft selbst am besten bekannt, sodass es naheliegend ist, dass sich die Behörden an die antragstellenden Personen wenden, um die Sachaufklärung umfassend zu betreiben. Als Konsequenz des Untersuchungsgrundsatzes gibt es daher die

Mitwirkungspflicht der Antragsteller_innen. Im Sozialleistungsrecht ist die Mitwirkungspflicht in den §§ 60ff. SGB I geregelt. Demnach gehört zu den Mitwirkungspflichten, auf Verlangen persönlich zu erscheinen, die erforderlichen Auskünfte zu geben und Dritten zu erlauben, vorhandene Auskünfte zu erteilen. Dies schließt auch die Weitergabe vorhandener Gutachten ein. Speziell für den Fall drohender Erwerbsminderung sind als besondere Mitwirkungspflichten die Teilnahme an einer ärztlichen Untersuchung oder Heilbehandlung vorgesehen. Bei fehlender Mitwirkung kann über einen Antrag nicht entschieden werden bzw. der Antrag wird wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt. Die Mitwirkungspflicht ist begrenzt durch die Zumutbarkeit und Verhältnismäßigkeit der geforderten Maßnahmen.

Sozialleistungsträger haben gegenüber den Bürger_innen eine *Beratungspflicht*, aufgrund derer sie zu allen für den Einzelfall maßgeblichen Informationen beraten, die für die Inanspruchnahme von Rechten bzw. die Erfüllung von Pflichten erforderlich sind (§ 14 SGB I). Der Gesetzgeber geht davon aus, dass sich die Rechte und Pflichten nicht allein aus den gesetzlichen Grundlagen erschließen. Ebenso ist davon auszugehen, dass schriftliche Mitteilungen nicht immer vollständig verständlich sind und Schritte, mit denen individuelle Nachteile vermieden werden können, nicht immer ausreichend bekannt sind. Aus diesen Gründen ist eine individuelle Beratung erforderlich, die durch die Leistungsträger zu gewährleisten ist. Die Beratung darf insbesondere nicht Hinweise auf vermeidbare Nachteile unterschlagen. Sie ist an den Interessen und Bedarfen der Versicherten bzw. Bürger_innen auszurichten.

Speziell für den Bereich der Rehabilitation ist im SGB IX die *Zusammenarbeit der Träger* geregelt (§§ 10 bis 12). Demnach haben die Rehabilitationsträger „im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten“ die erforderlichen Leistungen so zu organisieren, „dass sie nahtlos ineinander greifen“ (§ 10, Abs. 1). Dort wird auch gesagt, dass die Leistungen unterschiedlicher Reha-Träger nach gleichen Maßstäben erbracht werden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen ineinandergreifen; und zwar auch dann, wenn sie von unterschiedlichen Trägern erbracht werden (§ 11). Der Gesetzgeber verpflichtet die Rehabilitationsträger dazu, dass „die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden, (und) Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden“ (§ 12, Abs. 1, Punkt 1 und 2).

Durch die verwaltungsrechtlichen Grundsätze des Amtsermittlungsgrundsatzes, der Mitwirkungspflicht des Antragstellers, der Beratungspflicht und der Pflicht zur Zusammenarbeit zwischen Trägern werden der Hand-

lungsspielraum von Leistungsträgern vereinheitlicht und die Möglichkeiten zum strategischen Handeln gegenüber Antragstellenden bzw. Anspruchsberechtigten beschränkt. In der empirischen Forschung wird die Qualität der Umsetzung dieser Rechtsgrundsätze jedoch vielfach bezweifelt. Es erscheint daher sinnvoll, die Praxis der Zugangssteuerung zu untersuchen (siehe Kapitel 5). Zuvor soll jedoch auf die gesetzlichen und binnenorganisatorischen Regelungen der Rentenantragsverfahren eingegangen werden.

4.2.2 Aufforderung zur Antragstellung durch Sozialleistungsträger und Dispositionsbefugnis der Versicherten

Ein wichtiger Auslöser für eine Antragstellung ist das Sozialleistungssystem selbst (s. o., Tabelle 5). Krankenkassen, Arbeitsagenturen und Jobcenter können Versicherte bzw. Leistungsbeziehende auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben, früher auch „berufliche Rehabilitation“ genannt; deshalb werden im Weiteren beide Leistungsarten abkürzend als Reha-Leistungen bezeichnet) bzw. einen EM-Rentenantrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen, wenn Zweifel an der Erwerbsfähigkeit und damit ihrer leistungsrechtlichen Zuständigkeit bestehen. Hintergrund dieser Aufforderungsmöglichkeit anderer Sozialleistungsträger ist das gegliederte Sozialleistungssystem, in dem die einzelnen Zweige nur für bestimmte Sachverhalte zuständig sein sollen, die mehr oder minder klar voneinander abgrenzbar sind. Für den Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosengeld II besteht neben den systemspezifischen Leistungsvoraussetzungen Arbeitsunfähigkeit (SGB V), Arbeitslosigkeit (SGB III) bzw. Hilfebedürftigkeit (SGB II) die gemeinsame Voraussetzung der Erwerbsfähigkeit, mit der diese Leistungen von der Erwerbsminderungsrente (SGB VI) abzugrenzen sind. Eine „sachgerechte Zuordnung der von den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung zu tragenden Risiken“ wurde vom Gesetzgeber als Hauptforderung für die Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2001 postuliert (s. o.). Um diese sachgerechte Risikotragung und den Wegfall der eigenen Leistungszuständigkeit durch die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente, die nur auf Antrag geleistet wird, auch wirksam umsetzen zu können, sind die Sozialleistungsträger mit unterschiedlichen Mechanismen ausgestattet, die Antragstellung nachdrücklich, ggfs. auch gegen die Interessen der Versicherten bzw. Leistungsbeziehenden, durchzusetzen.

Krankenkassen können Versicherte auffordern, innerhalb von zehn Wochen einen Reha-Antrag zu stellen; kommen sie dem nicht nach, ruht der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der gesetzten Frist und lebt erst bei einer späteren Antragstellung zu diesem Zeitpunkt wieder auf (§ 51 SGB V). *Arbeitsagenturen* verfügen ebenfalls über diese Möglichkeit; die Frist beträgt dort vier Wochen (§ 145 Abs. 2 SGB III). Krankenkassen und Arbeitsagenturen können die Versicherten zwar nicht zu einem Erwerbsminderungsrentenantrag, sondern nur zu einer Reha-Antragstellung auffordern. Vor dem Hintergrund von § 116 SGB VI, der die Umwandlung eines Reha-Antrages in einen Erwerbsminderungsrentenantrag vorsieht, wenn eine erfolgreiche Rehabilitation nicht zu erwarten ist oder eine durchgeführte Rehabilitation nicht erfolgreich war, können sie aber durch die Aufforderung zur Reha-Antragstellung ggfs. diese Rentenantragsfiktion auslösen.

Jobcenter und *Sozialhilfeträger* hingegen haben die Möglichkeit, Leistungsbeziehende aufzufordern, direkt einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Möglicherweise sinnvolle Reha-Leistungen gehen hierdurch nicht verloren, da entsprechend dem gesetzlichen Grundsatz „Reha vor Rente“ (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) die Rentenversicherungsträger vor einer Entscheidung über einen EMR-Antrag immer prüfen, ob Reha-Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind (Deutsche Rentenversicherung 2014a zu § 116 SGB VI, R2). Zusätzlich zu der Möglichkeit, Leistungsbeziehende zu einem Antrag *aufzufordern*, sind Jobcenter und Sozialhilfeträger mit einem *eigenen Antragsrecht* ausgestattet: Stellen Leistungsberechtigte den Antrag nicht, können Jobcenter und Sozialhilfeträger ihn selbst stellen sowie Rechtsbehelfe und Rechtsmittel einlegen (§ 5 Abs. 3 SGB II bzw. § 95 SGB XII), da ihnen das Mittel der Versagung der Grundsicherungsleistungen bei fehlender Mitwirkung der Leistungsbeziehenden gegenüber der Rentenversicherung nicht gegeben ist (für das SGB II: Bundesagentur für Arbeit 2011, Rz. 5.11). Angesichts der Bedarfsdeckungsfunktion von Grundsicherungsleistungen scheint es funktional, die Möglichkeit zum Leistungswegfall bei bestehender Bedürftigkeit auszuschließen und dafür gewissermaßen im Gegenzug den Grundsicherungsstellen ein eigenständiges Antragsrecht für vorrangige Leistungen einzuräumen.

In allen genannten Fällen ist mit der Aufforderung zur Antragstellung bzw. der Antragstellung durch die Jobcenter und Sozialhilfeträger eine Einschränkung bzw. Aufhebung des Dispositionsrechts seitens der Versicherten und Leistungsbeziehenden über den weiteren Fortgang des Antrages verbunden. Grundsätzlich ist es Versicherten möglich, einen Rentenantrag bis zum Ergehen des Rentenbescheides bzw. bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist

zurückzunehmen (Schmidt 2008, Rd. Nr. 16), selbst wenn damit der Wegfall einer anderen Sozialleistung verhindert wird (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2011, S. 116); auch die Umwandlung eines Reha-Antrages in einen EMR-Antrag nach § 116 Abs. 2 SGB VI unterliegt grundsätzlich dieser Dispositionsbefugnis, d.h. Versicherte können der Umdeutung widersprechen.

Dieses Dispositionsrecht wird jedoch bei einer Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch Krankenkassen oder Arbeitsagenturen *eingeschränkt*: Eine Rücknahme des Reha-Antrages sowie der Widerspruch gegen eine Umdeutung in einen EMR-Antrag ist nur mit Zustimmung der Krankenkasse bzw. Arbeitsagentur möglich (Schmidt 2008, Rd. Nr. 17). Für den Bereich der Krankenkassen hat das BSG den Versicherten das Recht eingeräumt, eine Entscheidung über diese Zustimmung herbeizuführen (Bundessozialgericht 04.06.1981, Rd. Nr. 18). Danach hat die Krankenkasse hierüber nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden und dabei die berechtigten Interessen des Versicherten zu berücksichtigen. Überwiegen diese die Interessen der Krankenkasse, muss die Kasse ihre Zustimmung erteilen. Ein solches berechtigtes Interesse der Versicherten besteht aus Sicht des BSG vor allem dann, wenn durch eine spätere Antragstellung eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht werden kann, aber auch wenn ein Rentenantrag nach tarifvertraglichen Regelungen automatisch zum Arbeitsplatzverlust führen würde, der Anspruch auf Betriebsrente durch einen frühzeitigen Rentenbeginn verloren ginge oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner_innen noch erfüllbar wären (Bundessozialgericht 07.12.2004, Rd. Nr. 34).

Erfolgt hingegen eine Reha-Antragstellung bzw. Rentenantragstellung nach Aufforderung oder durch die Jobcenter bzw. Sozialhilfeträger, ist das Dispositionsrecht der Betroffenen *ausgeschlossen* (für das SGB XII: Schmidt 2008, Rd. Nr. 19).

4.2.3 Organisatorische Grundlagen der Zugangssteuerung durch Krankenkassen

Krankenkassen als Träger der Leistungen nach dem SGB V

Trotz einer beständig sinkenden Zahl von Krankenkassen gibt es immer noch ca. 130 Krankenkassen in Deutschland, deren Mitgliedszahlen von wenigen Tausend bis zu mehreren Millionen reichen. Wie die Sozialleistungsträger der anderen Zweige der Sozialversicherung auch, sind die Krankenkassen

sen rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts und haben damit das Recht der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung wird durch die Versicherten und die Arbeitgeber grundsätzlich paritätisch ausgeübt. In den Sozialwahlen werden alle sechs Jahre aus Vorschlagslisten, die Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und Versichertenvereinigungen aufgestellt haben, ehrenamtliche Vertreter in den Verwaltungsrat einer Krankenkasse entsandt. Der Verwaltungsrat erlässt die Satzung der Krankenkassen, mit der u. a. freiwillige Leistungen, Wahltarife und Zusatzbeiträge geregelt werden.

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Krankenkassen

Krankengeldzahlungen sind zwar eine obligatorische Leistung der Krankenkassen, sie verfügen jedoch über verschiedene Möglichkeiten, auf Arbeitsunfähigkeit und in Folge auch auf Krankengeldzahlungen Einfluss zu nehmen. Zunächst sind dies Angebote zur Vermeidung von Erkrankungen, insbesondere durch die Gewährung von Präventionsleistungen. Darüber hinaus steht ihnen mit einem Fallmanagement für arbeitsunfähige Versicherte ein Instrument zur Verfügung, die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und Re-Integration in das Arbeitsleben steuernd zu beschleunigen und die Dauer des Krankengeldbezuges entsprechend zu reduzieren. Nach einer Untersuchung des Sachverständigenrates Gesundheit besitzen die Krankenkassen durch den Wettbewerb, in dem sie seit 1996 durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit dem Wahlrecht zwischen Krankenkassen für Versicherte stehen, erhebliche Anreize, ihre Ausgaben zu senken, was sich unter anderem in beachtlichen Anstrengungen niederschlägt, Krankengeldansprüche durch ein Krankengeldmanagement zu vermeiden oder zu reduzieren: im „Instrumentenkasten“ zur Kostensenkung ist für die Krankenkassen das Krankengeldmanagement die dritt wichtigste Maßnahme (BT-Drs. 17/10323, S. 403 f.). Zudem stellt der Sachverständigenrat fest, dass viele Krankenkassen bereits vor Beginn der Krankengeldzahlungen prüfen, ob tatsächlich Arbeitsunfähigkeit vorliegt und welche Maßnahmen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit angezeigt sein könnten. Dies entspricht den „Grundsätzen zur Fallsteuerung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit“, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gemeinsam mit seinem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) entwickelt wurden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2011). Danach sollen die Krankenkassen ihren Bestand an arbeitsunfähigen Versicherten an einem festgelegten Stichtag – empfohlen wird der 21. Tag der Arbeitsunfähigkeit, also noch vor dem Krankengeldbezug – auf auffällige Versicherte hin sichten, um frühzeitig jene zu identifizieren, die ohne Fallma-

nagement lange arbeitsunfähig werden könnten. Als auffällig gelten arbeitsunfähige Versicherte, die häufiger und länger arbeitsunfähig sind als andere Versicherte, ohne dass hierfür medizinische Gründe ersichtlich sind. Auch für die weitere Fallsteuerung sind Grundsätze formuliert. Diese sehen nach einem Kontakt mit der oder dem als auffällig identifizierten Versicherten (Empfehlung: vor dem 36. AU-Tag) und der AU-bescheinigenden Ärztin bzw. dem Arzt zwecks Informationsbeschaffung über die voraussichtliche Arbeitsaufnahme, mögliche Hindernisse sowie das Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vor. Hierzu sind die Krankenkassen in bestimmten Fällen auch gesetzlich verpflichtet, unter anderem bei Arbeitsunfähigkeit, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Pt. 3 SGB V).

Auf der Grundlage der eingeholten Informationen werden die Fälle im Rahmen einer sogenannten „Sozialmedizinischen Fallberatung“ zwischen Krankenkasse und MDK beraten, insbesondere hinsichtlich der Frage, ob aus Sicht des MDK weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht oder diese aufgehoben werden kann. Kann dies im Rahmen der Sozialmedizinischen Fallberatung nicht abschließend beantwortet werden, wird der MDK mit einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragt. Der MDK entscheidet über Art und Umfang der Begutachtung: er erstellt das Gutachten entweder nach Aktenlage oder, falls der Auftrag der Krankenkasse in dieser Form nicht abschließend bearbeitet werden kann, nach persönlicher Befunderhebung. Unabhängig vom gewählten Format ist Kern der gutachtlichen Beurteilung der Vergleich des Leistungsvermögens mit den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes und die Einschätzung, ob bzw. inwieweit diese Arbeit ausgeübt werden kann. Bei Arbeitslosen bzw. bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten ist allein einzuschätzen, ob sie im für den Leistungsbezug erforderlichen zeitlichen Umfang arbeiten könnten. Im Ergebnis hat der MDK festzustellen, ob aus medizinischer Sicht

- keine Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben ist und die Arbeit (innerhalb von zwei Wochen) wieder aufgenommen werden kann;
- eine Arbeitsunfähigkeit auf Zeit vorliegt, mit einer Rückkehr ins Berufsleben also zu rechnen ist; es sind auch Hinweise zu geben auf geeignete Behandlungen, notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf eine stufenweise Wiedereingliederung oder
- eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer vorliegt, die auch nicht durch eine medizinische Rehabilitation beseitigt werden kann.

Ergibt sich aus der Begutachtung, dass die Erwerbsfähigkeit der oder des Versicherten erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die medizinischen Voraussetzungen für § 51 SGB V erfüllt sind, sodass die Krankenkasse die versicherte Person auffordern kann, innerhalb von zehn Wochen bei der Rentenversicherung einen Reha-Antrag zu stellen (siehe Abschnitt 4.2.2). Eine „erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ liegt vor, wenn ohne Rehabilitationsleistungen durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb von drei Jahren mit einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ zu rechnen ist; eine „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ liegt vor, wenn in Folge einer Erkrankung die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben so weit eingeschränkt ist, dass der oder die Versicherte die zuletzt ausgeübte Tätigkeit voraussichtlich gar nicht mehr wird ausüben können (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2011, S. 35). Nach einem Urteil des BSG ist hierbei auf die *individuelle Bezugstätigkeit* (zuletzt ausgeübte Tätigkeit) abzustellen und nicht auf den *allgemeinen Arbeitsmarkt*, der Maßstab bei einer Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente ist (Bundessozialgericht 05.02.2009, Rd. Nr. 14). Ist aus Sicht des MDK die Erwerbsfähigkeit der oder des Versicherten im Sinne des SGB V erheblich gefährdet oder gemindert, ist zu prüfen, ob Reha-Leistungen angezeigt sind, d. h. es ist eine Prognose abzugeben, ob hiermit die Wiederaufnahme der letzten Tätigkeit erreicht werden kann. Kann keine positive Prognose gegeben werden, weil die Leistungen die verminderte Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht verbessern oder aufheben werden bzw. bereits erbrachte Leistungen nicht erfolgreich waren, ist ebenfalls Stellung zu nehmen, ob aus Sicht des MDK eine teilweise oder volle Erwerbsminderung im Sinne des SGB VI vorliegt, d. h. ob die oder der Versicherte auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nur vorübergehend keine Tätigkeit von mindestens sechs Stunden täglich mehr ausüben kann. Ist dies gegeben, kann es trotz der negativen Prognose hinsichtlich des Erfolges von Reha-Leistungen sinnvoll sein, die versicherte Person zu einer Antragstellung aufzufordern, um die Renten-antragsfiktion nach § 116 SGB VI auszulösen (s. o.). Es steht jedoch im Ermessen der Krankenkasse, ob sie die versicherte Person tatsächlich zur Antragstellung auffordert; sie kann davon absehen, und insbesondere wenn die oder der Versicherte berechnete Interessen geltend macht, ist dies bei der Ermessensausübung angemessen zu berücksichtigen (s. o.).

Die abschließende Prüfung einer Erwerbsminderung im Sinne des SGB VI erfolgt durch die Rentenversicherung; ihre gutachterliche Stellungnahme zur Erwerbsfähigkeit ist für die Krankenkasse bindend (ebenso für alle übrigen Sozialleistungsträger nach dem SGB II, SGB III, SGB XII; § 44a

Abs. 2 SGB II). Die Krankenkassen haben insofern keine Möglichkeit, die Entscheidung der Rentenversicherung, *ob* eine rentenrechtlich relevante Erwerbsminderung vorliegt, anzufechten. Erscheint ihnen jedoch die Bewilligung einer Zeitrente, die mit einer sechsmonatigen Verzögerung in der Regel zu Lasten der Krankenkassen (s. o.) gezahlt wird, und/oder der Zeitpunkt des Rentenbeginns nicht plausibel, können sie als erstattungsberechtigte Träger eine nähere Begründung verlangen. Die Rentenversicherung ist in diesen Fällen zu einer Überprüfung der Entscheidung verpflichtet, muss ihre Entscheidung aber nur revidieren, wenn diese offensichtlich fehlerhaft und für die Krankenkasse nachteilig ist (Deutsche Rentenversicherung 2014a zu § 116 SGB VI, R8).

4.2.4 Organisatorische Grundlagen der Zugangssteuerung durch Arbeitsagenturen und Jobcenter

Aufbau und Organisation

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist Trägerin der Arbeitslosenversicherung. Sie ist hierarchisch aufgebaut. Auf lokaler Ebene wirken bundesweit 156 Arbeitsagenturen, die auf einer mittleren Führungsebene von insgesamt 10 Regionaldirektionen geführt werden, die wiederum der Zentrale mit Sitz in Nürnberg unterstehen. Zu den wichtigsten Aufgaben der lokalen Dienststellen, den Agenturen für Arbeit, gehören die Arbeitsvermittlung sowie die Feststellung und Auszahlung der Ansprüche auf Arbeitslosengeld. Dies schlägt sich in der Organisation der Arbeitsagenturen nieder, die im Wesentlichen aus zwei Bereichen besteht: dem Leistungsbereich für die Feststellung und Auszahlung des Arbeitslosengeldes und weiterer Geldleistungen sowie der Arbeitsvermittlung, die für die Beratung und Vermittlung von Arbeitssuchenden einschließlich der Bewilligung arbeitsmarktpolitischer Dienstleistungen für Arbeitssuchende, etwa von Weiterbildung oder Umschulung, zuständig ist. Die lokalen Arbeitsagenturen bestehen aus einer dreiköpfigen Geschäftsführung, von denen ein_e Geschäftsführer_in den Leistungsbereich („Geschäftsführer Interner Service (GIS)“) verantwortet, ein_e weitere_r den Vermittlungsbereich (den sog. „operativen Bereich“; „Geschäftsführer Operativ (GO)“) und eine_r die oder der Vorsitzende der Geschäftsführung ist („Vorsitzender der Geschäftsführung (VG)“).

Diese Bereiche sind innerhalb der Arbeitsagenturen weiter differenziert. Der Bereich der Arbeitsvermittlung ist in mehrere Vermittlungsteams unterteilt, in denen Vermittlungsfachkräfte bzw. Arbeitsvermittler_innen tätig

sind. Anzahl und Größe der Teams variieren zwischen den Agenturen. Auch in der Zuordnung von Arbeitsuchenden zu den Vermittlungsteams gibt es Unterschiede. Im Regelfall sind die Teams (und innerhalb der Teams die Vermittlungsfachkräfte) nach den Berufen der Arbeitsuchenden strukturiert, so dass eine Vermittlungsfachkraft mit Arbeitsuchenden aus einem ganz bestimmten Berufsspektrum zu tun hat. Doch es kann beispielsweise auch spezielle Teams für Arbeitsuchende mit schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen geben. In jeder Arbeitsagentur gibt es ein Team, das speziell für die Beratung und Vermittlung von Rehabilitand_innen und Schwerbehinderten zuständig ist (Team Reha/SB). Darüber hinaus gibt es neben der Leistungsabteilung und den Vermittlungsteams weitere Dienste innerhalb der Arbeitsagenturen, die die Vermittlungsfachkräfte in ihrer Arbeit unterstützen. Zu diesen Diensten gehört der Ärztliche Dienst der BA.

Der Ärztliche Dienst (ÄD) ist eine selbstständige organisatorische Einheit innerhalb der Bundesagentur. Die lokalen Dienststellen des ÄD befinden sich innerhalb der Agenturen, sind aber fachlich nicht der Geschäftsführung der jeweiligen Arbeitsagenturen untergeordnet, sondern zunächst in 40 Agenturverbänden und auf der nächsthöheren Ebene zu fünf Regionalverbänden zusammengefasst und werden von dort geleitet. Die Regionalverbände wiederum unterstehen dem ÄD der Zentrale, die – wie die Zentrale der Bundesagentur – in Nürnberg angesiedelt ist. Weisungsbefugnisse bestehen für die Mitarbeiter_innen des ÄD nur innerhalb des ÄD, nicht in die anderen Bereiche der BA hinein oder aus ihnen heraus in den ÄD. Der ÄD ist innerhalb der BA fachlich autonom.

Die Jobcenter sind – wie die Arbeitsagenturen – Teil der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Die Jobcenter sind zuständig für Personen, die grundsätzlich erwerbsfähig sind, aber mangels einer ausreichenden Erwerbshistorie, mangels eigener Einkommen und mangels finanziellen Vermögens Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II (im Wesentlichen Arbeitslosengeld II) beziehen. Obwohl über die Hälfte der Arbeitslosengeld II-Beziehenden nicht arbeitslos ist – ein großer Teil ist erwerbstätig, verdient aber zu wenig, um für die Familie ein existenzsicherndes Einkommen zu erzielen, ein anderer Teil steht der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung und ist deshalb nicht arbeitslos – gelten die Arbeitslosen unter den Arbeitslosengeld II-Beziehenden oft und insbesondere im Vergleich mit den Arbeitslosen, die durch die Arbeitsagenturen betreut werden, als langzeitarbeitslos und relativ schwer vermittelbar. Dies gilt auch für gesundheitliche Einschränkungen: Nahezu die Hälfte der arbeitslosen Arbeitslosengeld II-Beziehenden haben nach eigener Einschätzung erhebliche gesundheitliche Probleme (Beste 2014, S. 6).

Die Umsetzung der Aufgaben nach dem SGB II erfolgt in zwei alternativen Formen von Jobcentern. Im Mehrheitsmodell, dem etwa drei Viertel der bundesweit ca. 400 Jobcenter angehören, werden die Jobcenter aus Kooperationen der lokalen Arbeitsagentur mit Kommunen gebildet; dieses Modell heißt daher auch „gemeinsame Einrichtung“ (gE). Im Minderheitenmodell übernehmen die Kommunen die Gesamtheit der Aufgaben nach dem SGB II ohne die Mitwirkung der Arbeitsagenturen. Für dieses Modell wurde eine begrenzte Anzahl von Kommunen zugelassen, es heißt daher „zugelassener kommunaler Träger“ (zKT). Die Jobcenter beider Formen der Aufgabenwahrnehmung funktionieren teilweise ähnlich wie die Arbeitsagenturen; so gibt es auch in den Jobcentern eine Aufgabenteilung zwischen der Leistungsbearbeitung und der Vermittlungsarbeit. Zu den wichtigen Unterschieden zwischen Jobcentern und Arbeitsagenturen gehört, dass die Jobcenter nicht über einen Ärztlichen Dienst verfügen. Jene Jobcenter, die nach dem Modell der gemeinsamen Einrichtung organisiert sind, können den ÄD der BA nutzen. Für Jobcenter, die als zKT organisiert sind, stehen die Dienstleistungen des ÄD der BA nicht zur Verfügung. Wenn sie sozialmedizinische Dienstleistungen brauchen (insbesondere Gutachten zur Leistungsfähigkeit und zur Erwerbsfähigkeit), können sie im Wesentlichen kommunale Gesundheitsämter nutzen.³⁸

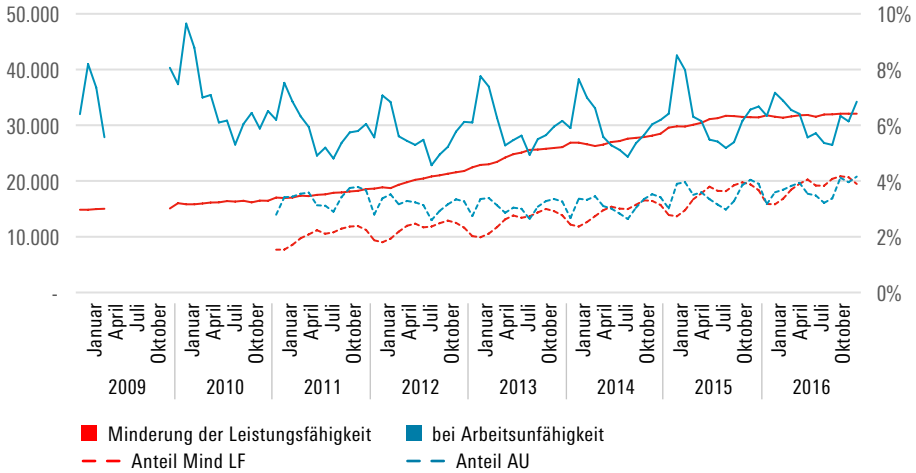
Inanspruchnahme von Arbeitslosengeld trotz fehlender Vermittelbarkeit

Seit langem ist bekannt, dass ein erheblicher Teil der Arbeitslosen wegen Krankheit der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht. Allein die Zahl der Arbeitslosengeld-Beziehenden aufgrund einer Minderung der Leistungsfähigkeit (Nahtlosigkeitsregelung, s. o.) hat sich zwischen 2009 und 2016 ungefähr verdoppelt (von ca. 16.000 auf ca. 32.000 Personen pro Monat) (siehe [Abbildung 13](#)). Auch ihr Anteil am Bestand aller Arbeitslosengeld-Beziehenden³⁹ hat sich von etwa zwei auf etwa vier Prozent verdoppelt. Es ist nicht bekannt, ob dies auf eine Verlängerung von Verfahrensdauern oder eine steigende Zahl von Personen, die aus dem Krankengeld ausgesteuert wurden, zurückzuführen ist. Da zumindest auf Seiten der BA auf zügige Verfahren gedrängt wird (s. u. sowie [Kapitel 5](#)), müssten mögliche Gründe für Verfahrensverlängerungen bei der Rentenversicherung liegen, wofür es aber keinen Hinweis gibt. Im Unter-

38 Im vorliegenden Untersuchungssample ist es nicht gelungen, ein Jobcenter einzubeziehen, das als zKT organisiert ist.

39 Arbeitslosengeld-Beziehende: Beziehende von Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit, wegen Minderung der Leistungsfähigkeit und bei Arbeitsunfähigkeit, ohne Arbeitslosengeld bei Qualifizierung.

Beziehende von Arbeitslosengeld wegen Minderung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit, 2009 bis 2016



Quelle: Statistik der BA: Arbeitslosengeld nach dem SGB III (div. Jahre).

schied zur Zahl der Arbeitslosengeld-Beziehenden aufgrund der Nahtlosigkeitsregelung ist bei den Arbeitslosengeld-Beziehenden aufgrund von Arbeitsunfähigkeit vor allem ein jahreszeitlich schwankender Verlauf zu verzeichnen.

Um die leistungsrechtliche Zuständigkeit von Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und ggf. Grundsicherung zu klären, fordern die Arbeitsagenturen unverzüglich die betreffende Person auf, innerhalb eines Monats einen Reha-Antrag zu stellen. Kommt die versicherte Person dem nach, dann gilt als Tag der Reha-Antragstellung der (zeitlich wenige Tage früher gelegene) Tag, ab dem Arbeitslosengeld gezahlt bzw. beantragt wurde. Kommt die versicherte Person dieser Aufforderung nicht nach, ruht die Zahlung von Arbeitslosengeld. In der Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der BA werden auch die Erwerbsfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer geprüft. Wird eine dauerhafte Erwerbsminderung festgestellt, wird der Fall an die Rentenversicherung weitergeleitet. Bestätigt die Rentenversicherung in ihrem eigenen Verfahren (s. u.) die Einschätzung des Ärztlichen Dienstes, gilt im Regelfall spätestens der Tag, ab dem Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III gezahlt wurde, als Tag des „Leistungsfalls“, also als der Tag, ab dem

eine Erwerbsminderung vorlag und von der Rentenversicherung eine Erwerbsminderungsrente gezahlt wird. Das von der Bundesagentur während der Verfahrensdauer gezahlte Arbeitslosengeld wird mit dem festgestellten Anspruch auf Erwerbsminderungsrente zwischen den Trägern verrechnet. Die Nahtlosigkeitsregelung dient dem Zweck, dass für die Dauer des Verfahrens keine Sicherungslücke eintritt.

Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit

Werden Leistungen nach dem SGB III beantragt (in erster Linie Arbeitslosengeld), dann ist, sofern entsprechende Fragen aufkommen, für die medizinische Bewertung der Erwerbsfähigkeit der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit zuständig. Folglich nimmt auch der ÄD eine erste Einschätzung in den sog. Nahtlosigkeitsverfahren vor, also nach dem Auslaufen des Krankengeldbezuges bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit. Der ÄD wird außerdem gutachterlich tätig bei allen Fragen zur gesundheitlichen Eignung, die sich aus dem Vermittlungsgeschäft der Arbeitsagenturen ergeben. Der ÄD wird stets nur auf Anforderung anderer Stellen innerhalb der BA tätig – hauptsächlich des Leistungsbereichs sowie der Arbeitsvermittlung –, die bezogen auf einen konkreten Fall einen Untersuchungsauftrag formulieren (siehe [Kapitel 5](#)). Für Leistungsbeziehende (Arbeitslosengeldempfänger_innen) besteht die Pflicht, beim Ärztlichen Dienst der BA zu erscheinen. Fehlende Mitwirkung kann also sanktioniert werden. Für die Untersuchung durch den ÄD hingegen ist das Einverständnis der betreffenden Person erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung an der Untersuchung selbst wird also nicht sanktioniert, wenn die betreffende Person erst einmal erschienen ist.

Die Begutachtung des Ärztlichen Dienstes ist sozialmedizinisch und nicht arbeitsmedizinisch ausgerichtet. Sie soll sich auf die Leistungsfähigkeit für bestimmte Arbeitsplätze nur dort beziehen, wo auch ein Anforderungsprofil eines konkreten Arbeitsplatzes mit der Auftragserteilung mitgeliefert wurde. Aussagen zur generellen Eignung für bestimmte Berufe und Tätigkeiten können vom ÄD nicht erwartet werden. Die Aufgabe des ÄD besteht vielmehr darin, ein Leistungsbild zu erstellen, also die verfügbaren Ressourcen („positives Leistungsbild“) als auch die Einschränkungen („negatives oder ergänzendes Leistungsbild“) zu benennen (Bahemann 2012, S. 57 f.). Wie die Geschäftsanweisung der BA zum Arbeitslosengeld bei verminderter Leistungsfähigkeit ausdrücklich klarstellt, kann die Minderung der Leistungsfähigkeit auch auf einer Suchterkrankung beruhen (Geschäftsanweisung zu § 145 vom 12/2016, Rz. 145.17).

Die Geschäftsanweisung zum Arbeitslosengeld wegen verminderter Leistungsfähigkeit sagt außerdem aus, dass die Begutachtung im Nahtlosigkeitsverfahren „eilbedürftig“ ist (Geschäftsanweisung zu § 145 vom 12/2016, Rz. 145.74). Innerhalb von drei Wochen ist eine Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes zum Leistungsvermögen an den Leistungsbereich abzugeben. Das bedeutet, dass die Arbeitsagentur über die Aufforderung zur Reha-Antragstellung innerhalb eines Monats entscheiden kann.

Divergenzverfahren

Der Ärztliche Dienst untermauert mit seinem Gutachten die Vermutung der Reha-Bedürftigkeit bzw. Erwerbsminderung. Für die Entscheidung darüber ist jedoch die Rentenversicherung zuständig. Es kommt also innerhalb eines kurzen Zeitraums zu zwei voneinander unabhängigen Begutachtungen über denselben Sachverhalt. Damit einhergehende Probleme sind in einer Verwaltungsvereinbarung zwischen beiden Sozialleistungsträgern geregelt.⁴⁰

Mit dieser Verwaltungsvereinbarung wird postuliert, dass divergierende Beurteilungen der Leistungsfähigkeit und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden sollen. Hierfür sollen beide Träger eng zusammenarbeiten, vorliegende Gutachten des jeweils anderen Leistungsträgers nutzen und die Existenz solcher Gutachten erfragen bzw. schnell übermitteln.

Damit der angestrebte Zweck erreicht werden kann, sollen die Gutachten so gestaltet werden, dass sie im anderen Leistungszweig verwertbar sind. Bestehen bei einem Leistungsträger Zweifel an der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den anderen Leistungsträger, sollen diese Zweifel vor der Bescheiderteilung an den Versicherten einvernehmlich geklärt werden. Gelingt dies nicht, soll das Gutachten eines gemeinsam ausgewählten Gutachters eingeholt werden. In der Verwaltungsvereinbarung wird davon ausgegangen, dass derartige Zweifel nur „im Einzelfall“ bestehen und die Hinzunahme eines „einvernehmlich zu bestimmenden“ Gutachters aufgrund nicht aufgelöster Zweifel „im Ausnahmefall“ erfolgt (§ 2 Abs. 3 Verwaltungsvereinbarung 2001).

Mit der Festlegung, dass bestehende Divergenzen vor dem Ausstellen eines Bescheides an den Versicherten ausgeräumt werden sollen, wird vermieden, dass Versicherte einander widersprechende Bescheide über denselben Sachverhalt erhalten.

40 Verwaltungsvereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger zur Vermeidung von unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit eines Versicherten durch den Rentenversicherungsträger und durch das Arbeitsamt sowie zur Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen (vom 14.12.2001).

Verschlossenheit des Arbeitsmarktes

Bezieht eine Person eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und gleichzeitig Arbeitslosengeld, dann prüft die Agentur, ob der Versicherte aufzufordern ist, eine volle Erwerbsminderungsrente aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes zu beantragen. Von einem „verschlossenen“ Arbeitsmarkt geht die Agentur aus, wenn eine Vermittlung innerhalb eines Jahres ab Beginn der Arbeitslosenmeldung nicht gelungen ist oder voraussichtlich nicht gelingen wird. Die Verschlossenheit des Arbeitsmarktes kann also auch prognostiziert werden. Spätestens 11 Monate nach Fristbeginn (Parallelität von Renten- und Arbeitslosengeldbezug) ist die Prognose zu stellen. Die Gründe für die Einschätzung der Agentur sind zu dokumentieren und dem Träger der Rentenversicherung nach Anforderung mitzuteilen (siehe Geschäftsanweisung der BA zu § 156 SGB III, Rz. 156.19a-d). Die Entscheidung, ob eine volle Rente wegen eines verschlossenen Arbeitsmarktes zu bewilligen ist, trifft jedoch die Rentenversicherung und nicht die Arbeitsagentur (s. u.).

Besonderheiten im SGB II

Das Verfahren in den Jobcentern zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit weist Besonderheiten auf.

Arbeitsunfähigkeit wird im Rechtskreis des SGB II anders definiert als im Rechtskreis des SGB III. Galt dort als arbeitsunfähig, wer nicht zu einer Arbeit in dem zeitlichen Umfang fähig war, in dem er sich der Arbeitsvermittlung zu Verfügung gestellt hat, so gilt im SGB II eine Person als arbeitsunfähig, wenn sie nicht in der Lage ist, jegliche Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens drei Stunden täglich auszuführen (§ 2 Abs. 3a AU-Richtlinie).

Über die Erwerbsfähigkeit entscheidet die Agentur für Arbeit in ihrer Eigenschaft als „Mitwirkende“ am Jobcenter (in Form der gemeinsamen Einrichtung). Die Agentur bzw. deren Ärztlicher Dienst wird vom Vermittlungs- oder Leistungsbereich angerufen, wenn es Zweifel an der Erwerbsfähigkeit gibt. Der Ärztliche Dienst erstellt ein sozialmedizinisches Gutachten zur Leistungsfähigkeit. Wo der Ärztliche Dienst der BA nicht zur Verfügung steht – dies ist regelmäßig bei den Jobcentern in kommunaler Alleinzuständigkeit der Fall – übernehmen Amtsärzte des Gesundheitsamtes diese Aufgabe. Die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit nimmt aber auch hier nicht der ÄD bzw. das beauftragte ärztliche Fachpersonal vor. Vielmehr wird das Gutachten an den Vermittlungsbereich weitergeleitet, wo es ausgewertet und an den Leistungsbereich weitergeleitet wird. Dort wird über die Erwerbsfähigkeit entschieden (§ 44a SGB II sowie Fachliche Weisungen: § 44a SGB II Feststel-

lung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit, Rz. 44a.5). Obwohl im SGB II und in den Fachlichen Weisungen die Agentur als Entscheidungssträgerin benannt wird, ist es organisatorisch das Jobcenter, wo die Gutachten ausgewertet und die Entscheidung zur Erwerbsfähigkeit trifft. Denn in den gemeinsamen Einrichtungen ist die BA beteiligt. Die gemeinsamen Einrichtungen nehmen deren Aufgaben nach dem SGB II wahr. Die Jobcenter in kommunaler Alleinzuständigkeit haben die Rechte und Pflichten der Agentur; sie sind mit gemeint, wenn es im § 44a heißt, dass die Agentur für Arbeit über die Erwerbsfähigkeit im SGB II entscheidet (siehe Eicher et al., 3. Aufl. 2013, SGB II § 44a Rn. 9–12).

Der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit können der kommunale Träger des Jobcenters oder ein anderer Träger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre (Rentenversicherung oder Sozialhilfeträger), widersprechen (§ 44a, Abs. 1 SGB II).⁴¹ In diesen Fällen ist eine gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers einzuholen; seine Entscheidung ist bindend.

Wird eine Leistungsminderung festgestellt, wird die betreffende Person zu einer Rentenantragstellung aufgefordert. Dies ist ein Unterschied zu dem Verfahren im SGB III, wo allein zu einer Reha-Antragstellung aufgefordert werden kann. Ist von vornherein erkennbar, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente nicht gegeben sind, soll von einer Aufforderung zur Rentenantragstellung abgesehen und stattdessen der Träger der Sozialhilfe eingeschaltet werden. Bis zur Klärung der Zuständigkeit sind die Leistungen des SGB II weiter zu zahlen. Sie werden dem Jobcenter nach der Feststellung einer Erwerbsminderung vom zuständigen Leistungsträger erstattet.

Wie im SGB III besteht auch im SGB II die Pflicht, zur medizinischen Begutachtung nach Aufforderung durch das Jobcenter zu erscheinen. Im Unterschied zum SGB III ruht bei Nichterscheinen nicht der Leistungsanspruch. Das Arbeitslosengeld II soll das Existenzminimum abdecken und kann deshalb bei fortdauernder Bedürftigkeit nicht ausgesetzt werden. Es kann aber eine Sanktion (Leistungskürzung) verhängt werden. Im SGB II gehen etwa ein Prozent der Sanktionen auf Meldeversäumnisse beim ärztlichen oder berufspsychologischen Service zurück.

41 Widersprechen kann auch die Krankenkasse, wenn Leistungen der Krankenkasse berührt sind.

4.2.5 Organisatorische Grundlagen der Antragsbearbeitung in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Aufbau der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die Rentenversicherung ist in 16 Träger gegliedert. Es gibt 14 Träger mit regionaler Zuständigkeit und zwei überregional tätige Träger: die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die DRV Knappschaft – Bahn – See. Diese Trägerstruktur hat sich aus den beiden Ursprungsorganisationen, der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, und ihren regionalen Gliederungen heraus entwickelt. Die letzte große Organisationsreform im Jahr 2005 hat die Landesversicherungsanstalten in Regionalträger überführt, die teilweise fusioniert haben, und die Angestelltenversicherung (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA) mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) in die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) überführt. Gemeinsam formen sie unter dem Namen Deutsche Rentenversicherung (DRV) die gesetzliche Rentenversicherung in der Bundesrepublik.

Bei der DRV Bund sind Grundsatz- und Querschnittsaufgaben gebündelt. Sie vertritt die Gesetzliche Rentenversicherung als Gesamtheit und ist unter anderem für fachliche und rechtliche Grundsatzfragen sowie für grundsätzliche organisatorische und finanzielle Fragen zuständig. Darüber hinaus entwickelt und steuert sie den internen Wettbewerb im Rahmen des vom Gesetzgeber geforderten Benchmarking.⁴² Neben diesen Aufgaben, die die DRV Bund für alle RV-Träger wahrnimmt, betreut sie auch – wie alle anderen RV-Träger und wie zuvor die BfA, eine der Vorläuferorganisationen, aus der heraus die DRV Bund entstanden ist – Versicherte in eigener Zuständigkeit. Die Regionalträger sind für etwa 55 Prozent der Versicherten zuständig; darüber hinaus verwalten sie den größten Teil der Auskunft- und Beratungsstellen (AuB-Stellen). Ziele der Organisationsreform waren, Synergieeffekte zu nutzen, Verwaltungsabläufe zu verschlanken und Zahlungsströme zu vereinfachen. So wurde die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten abgeschafft. Arbeitgeber können Beiträge zur Rentenversicherung einheitlich abführen, was die Meldeverfahren vereinfacht hat. Ein weiteres Ziel war die Reduktion der Verwaltungsausgaben (zu den Zielen siehe ebenfalls [Fußnote 14](#)).

Die Organisationsstrukturen der Aufsicht (governance) sind für die einzelnen Träger identisch. Zudem unterliegen sie alle demselben gesetzlichen Auftrag. In wichtigen Fragen bilden die Rentenversicherungsträger träger

42 Siehe: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/01_infos_zum_Unternehmen/02_organisation_und_traeger/organisation_und_traeger_node.html

übergreifende Arbeitsgruppen und beschließen gemeinsame Durchführungsanweisungen zur Umsetzung des Rentenrechts, um eine einheitliche Rechtsausübung zu gewährleisten. Außerdem gibt es finanzielle Ausgleichsmechanismen zwischen den Rentenversicherungsträgern.

An der Spitze jedes Rentenversicherungsträgers steht eine Geschäftsführung (bei einigen Trägern noch als Direktorium bezeichnet), die die operative Arbeit koordiniert. Jeder Träger unterliegt der Selbstverwaltung, die durch die Vertreterversammlung ausgeübt wird. Sie ist paritätisch mit Vertretern von Arbeitnehmer_innen und Arbeitgebern besetzt, die dort ehrenamtlich tätig sind.⁴³ Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für alle Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wahr. Wegen der Grundsatz- und Querschnittsfunktion dieses größten und überregional tätigen Trägers sind dort zwei besondere Organe der Selbstverwaltung installiert, nämlich die Bundesvertreterversammlung und der Bundesvorstand. In der Bundesvertreterversammlung sind alle Rentenversicherungsträger repräsentiert; aus ihm geht das erweiterte Direktorium der DRV Bund hervor (22 Mitglieder aus allen Rentenversicherungsträgern). Der Bundesvorstand wiederum repräsentiert Arbeitgeber und Arbeitnehmer_innen und ist paritätisch besetzt. Die Mitglieder des Bundesvorstands werden nach einem festgelegten Schlüssel auf Vorschlag der Rentenversicherungsträger gewählt.

Die Binnenstrukturen der einzelnen Träger können sich untereinander unterscheiden, obwohl alle Träger das gleiche Spektrum an Aufgaben zu erfüllen haben.

Bearbeitung und Entscheidungen von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente

Der Ablauf, in dem Anträge auf Erwerbsminderungsrenten bearbeitet und entschieden werden, ist in [Abbildung 14](#) dargestellt. Da sich die Aufforderung zur Antragstellung durch Krankenkassen und Arbeitsagentur nur auf Reha-Anträge beziehen kann, Reha-Anträge aber in EM-Rentanträge umgewandelt werden können, umfasst die schematische Darstellung stets beide Möglichkeiten, die des Reha-Antrags und die des Rentenantrags.

Der Antrag wird entweder eigeninitiativ mit oder ohne Empfehlung z. B. der Hausärztin bzw. des Hausarztes oder nach Aufforderung durch einen anderen Sozialleistungsträger gestellt. Dies kann bei einer Auskunfts- und Bera-

43 In der Vertreterversammlung DRV Knappschaft-Bahn-Sec sind zwei Drittel Arbeitnehmervertreter und ein Drittel Arbeitgebervertreter.

tungsstelle, direkt bei der Rentenversicherung oder – wie bereits von Beginn der staatlichen Rentenversicherung an – bei einer staatlichen Behörde erfolgen. Der Antrag wird in der Rentenversicherung dem ärztlichen Prüfdienst vorgelegt, der über das weitere Vorgehen entscheidet. Zu klären ist, ob eine sozialmedizinische Begutachtung allein auf Grundlage vorliegender Dokumente möglich ist (Begutachtung nach Aktenlage) oder ob eine persönliche Begutachtung erforderlich ist. Gegenstand der Begutachtung ist stets sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Angemessenheit einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

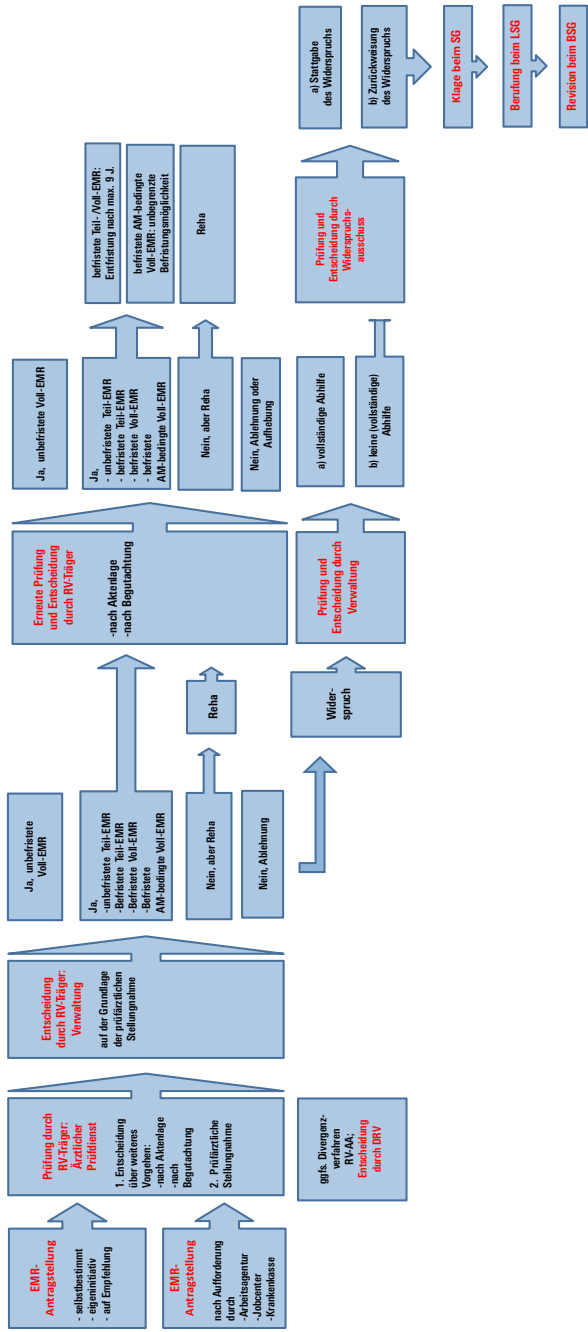
Für die Feststellung einer Erwerbsminderung ist das verbliebene individuelle Leistungsvermögen maßgeblich, welches durch den sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung beurteilt wird. Dabei ist das quantitative Leistungsvermögen von entscheidender Bedeutung, d.h. die Frage, wie viele Stunden täglich an fünf Tagen wöchentlich die versicherte Person noch leistungsfähig ist. Es werden keine genauen zeitlichen Angaben in Stunden und Minuten erwartet, sondern eine Einschätzung in eine von drei Klassen: mindestens sechs Stunden, drei bis unter sechs Stunden, weniger als drei Stunden. Berücksichtigt werden auch qualitative Merkmale des individuellen Leistungsvermögens (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 61 ff.). Hierzu gehören:

- die körperliche und geistige Belastbarkeit, beispielsweise die Schwere der körperlichen Arbeit (leicht – mittelschwer – schwer) oder Anforderungen an Körperhaltungen und Bewegungsabläufe (z. B. Arbeiten über Kopf) sowie die geistige Beanspruchung in Form von Merkfähigkeit und Konzentrationsdauer;
- zusätzliche Leistungseinschränkungen durch die Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung (siehe Abschnitt 4.1),
- und die Wegefähigkeit, also die Fähigkeit, eine Arbeitsstelle zu erreichen, gemessen in der Fähigkeit, täglich vier Mal eine Wegstrecke von über 500 Metern in jeweils weniger als 20 Minuten zu Fuß zurücklegen zu können.⁴⁴

Wie die „Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der Gesetzlichen Rentenversicherung“ (SOMEKO) ausführt, gibt es „medizinische

⁴⁴ Auch die gesundheitliche Fähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zur Hauptverkehrszeit nutzen zu können, ist Bestandteil der Wegefähigkeit.

Ablaufmodell der Bearbeitung von EMV-Rentenansprüchen in der Rentenversicherung



Quelle: eigene Darstellung.

und nichtmedizinische Sachverhalte, bei denen von vornherein eine Beurteilung nach Lage der Akten für möglich gehalten wird, und auf eine Begutachtung mit persönlicher Untersuchung und Befragung des Versicherten eher verzichtet werden kann, weil in diesen Fällen vom Vorhandensein ausreichender ärztlicher Unterlagen ausgegangen werden kann“ (VDR 2004, S. 153 f.). Hierzu gehören z. B. die Tätigkeit eines Versicherten in einer Werkstatt für behinderte Menschen, eine anerkannte Pflegebedürftigkeit, eine schwere Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Karzinom, Querschnittslähmung, Psychose), ein Rentenverfahren/Reha-Verfahren innerhalb des letzten Jahres oder eine durchgeführte Rehabilitation in den letzten sechs Monaten (ebd.). Eine Begutachtung nach Aktenlage wird im Regelfall nicht nur kostengünstiger als eine persönliche Untersuchung sein. Letztere wird auch als unverhältnismäßiger Aufwand für den Versicherten bewertet, wenn die erforderlichen Informationen auch aus Akten hervorzugehen scheinen: „Auch eine persönliche Untersuchung und Befragung des Versicherten ist, wenn sie vermeidbar ist, als nicht zumutbare Belastung des Versicherten zu sehen“ (ebd., S. 150).

Die Träger der Rentenversicherung unterscheiden sich in der Frage, in welchem Umfang sozialmedizinische Begutachtungen an externe Stellen gegeben werden bzw. durch angestellte Ärzt_innen der RV erledigt werden (siehe Kapitel 5). Im Ergebnis führen die Prüfarzte der Rentenversicherung die vorliegenden Befunde zusammen und erarbeiten eine Stellungnahme, die stets das quantitative und qualitative Leistungsbild erfasst und zur Dauer einer eventuell vorhandenen Erwerbsminderung Stellung nimmt.⁴⁵ Mit dieser Stellungnahme votiert der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung für eine bestimmte Entscheidung (für oder gegen eine Erwerbsminderungsrente oder Rehabilitation), trifft diese Entscheidung jedoch nicht selbst. Vielmehr wird das Votum an die Verwaltung des RV-Trägers geleitet.

Die Verwaltung führt die Erkenntnisse zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen einerseits und der individuellen Leistungsfähigkeit auf Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtung andererseits zusammen und trifft eine Entscheidung. Sie entscheidet entweder, dass eine Erwerbsminderungsrente als Voll- oder Teilrente zu bewilligen ist sowie über den Be-

45 Ein Teil der Anträge erreicht die Rentenversicherung aufgrund der Nahtlosigkeitsregelung, d. h. von Versicherten, zu denen der Ärztliche Dienst der BA eine Erwerbsminderungsvermutung ausgesprochen hat. Ist im Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung durch die Rentenversicherung erkennbar, dass die Einschätzung des Ärztlichen Dienstes nicht bestätigt wird, ist das Divergenzverfahren vorgesehen, das in einer Verwaltungsvereinbarung geregelt ist (s. o.).

willigungszeitraum, oder dass eine medizinische oder berufliche Rehabilitation zu bewilligen ist oder dass der Reha- bzw. Rentenantrag abzulehnen ist. Der Ausgang des Verfahrens hängt nicht davon ab, ob ein Reha- oder ein Rentenantrag gestellt wurde. Wurde eine Reha bewilligt, wird am Ende der Reha erneut die Erwerbsfähigkeit geprüft. Auch nach dem Ablauf einer Befristung wird erneut die Erwerbsfähigkeit geprüft. Die bewilligte Zeitrente läuft mit dem Ende der Befristung automatisch aus. Die Träger weisen die Versicherten vor Auslaufen schriftlich auf das nahende Ende der Zeitrente hin und fordern dazu auf, zu prüfen, ob die Erwerbsminderung fortbesteht.

Verschlossenheit des Arbeitsmarktes

Im Jahr 1978 wurde zwischen dem damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der damaligen Bundesanstalt für Arbeit in einer weiterhin bestehenden Vereinbarung festgelegt, dass die Entscheidung über die Verschlossenheit des Arbeitsmarktes von der Rentenversicherung getroffen wird, sie bei der Beurteilung des Teilzeitarbeitsmarktes aber von den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit unterstützt wird (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 162 ff.). Danach braucht die einjährige Frist allerdings nicht abgewartet werden, wenn eine entsprechende Teilzeitarbeit innerhalb dieser Frist mit aller Wahrscheinlichkeit nicht vermittelt werden kann. Hier von gehen Rentenversicherungsträger und Arbeitsverwaltung im Regelfall aus (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 82), so dass Teil-Erwerbsminderungsrenten bei arbeits- oder beschäftigungslosen Versicherten direkt bei ihrer Bewilligung in arbeitsmarktbedingte Vollrenten umgewandelt werden können. Des Weiteren geht die Rentenversicherung von einem verschlossenen Arbeitsmarkt aus, wenn arbeitslose Beziehende einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung von der Arbeitsagentur aufgefordert wurden, eine volle Rente wegen Erwerbsminderung zu beantragen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2011, S. 83). Die Rentenversicherung verzichtet demnach darauf, die Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu prüfen.

Einspruchsmöglichkeiten der Versicherten

Sind die Antragsteller mit einer Entscheidung der Rentenversicherung nicht einverstanden, können sie der Entscheidung widersprechen. Das Verfahren ist mehrstufig angelegt. Legt ein Antragsteller einen Widerspruch ein, wird zunächst durch den Träger geprüft, ob die ursprüngliche Entscheidung zu revidieren ist, d. h. ob dem Widerspruch abgeholfen werden kann. Ist das nicht der Fall, wird der Fall einem Widerspruchsausschuss vorgelegt. Alle Rentenversicherungsträger verfügen über Widerspruchsausschüsse. Die Arbeit der

Widerspruchsausschüsse ist für jeden Träger in einer eigenen Satzung niedergelegt. Der Widerspruchsausschuss entscheidet auf Grundlage der vorliegenden Akten unabhängig vom bisherigen Verfahren. Größe und Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse variieren zwischen den Trägern je nach Satzung. Stets sind Widerspruchsausschüsse paritätisch von Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmer_innen besetzt. Vertreter der Verwaltung, also der ursprünglichen „Produzenten“ der Entscheidung, gegen die Widerspruch eingelegt – und der bis zur Vorlage im Widerspruchsausschuss nicht abgeholfen – wurde, haben je nach Satzung ein Stimmrecht im Widerspruchsausschuss oder nicht. Stets werden aber die Fälle, die im Widerspruchsausschuss behandelt werden, durch die Verwaltung so aufbereitet, dass über sie entschieden werden kann. Der Vertreter der Verwaltung im Widerspruchsausschuss war zuvor nicht mit der Entscheidung befasst. Die Anzahl der Widersprüche ist so groß, dass Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Sitzungen durch eigens damit beauftragte Mitarbeiter_innen der Rentenversicherung erfolgt (siehe zu Widerspruchsausschüssen in der Sozialversicherung Welti 2016, Höland 2016).

Das Widerspruchsverfahren muss durchlaufen worden sein, bevor eine Klage eingereicht werden kann. Wird nach einem vollständig oder teilweise abgelehnten Widerspruch eine Klage eingereicht, wird der Fall durch das Sozialgericht geprüft. Hierfür können auch neue Gutachten in Auftrag gegeben werden. Das Gericht prüft, ob die Entscheidung der Rentenversicherung korrekt war. Wird die Klage abgewiesen, besteht die Möglichkeit der Berufung vor der nächsthöheren Instanz, dem Landessozialgericht. Wird auch dort die Klage abgewiesen, gibt es die Möglichkeit der Revision beim Bundessozialgericht. In der Revision wird nur noch geprüft, ob den früheren Entscheidungen Rechtsfehler zugrunde liegen. Es werden keine neuen Tatsachen in das Verfahren eingebracht.

5 REGIONALE FALLSTUDIEN ZUR PRAXIS DER ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBSMINDERUNGSRENTEN

Die sozialrechtliche Konstruktion des Entscheidungsfeldes der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente, wie sie im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, stellt nur den Ausgangspunkt für das praktische Zugangsgeschehen in Erwerbsminderungsrente dar. Die tatsächlichen Zugänge sind abhängig von der Situation, welche die Gatekeeper vorfinden, wie sie diese interpretieren und wie sie versuchen, dies unter den institutionellen Rahmenbedingungen der Sozialgesetzgebung umzusetzen. Diese Situationen können von individuellen Besonderheiten beeinflusst sein, aber auch von sozialen Gegebenheiten, wie den organisatorischen, institutionellen und sozialstrukturellen Bedingungen. Um den Umgang der Gatekeeper mit diesen sozialen Gegebenheiten und die damit verbundene Varianz deutlich zu machen, wird das Entscheidungsfeld in zwei unterschiedlichen Regionen untersucht. Hierfür werden zunächst die beiden Untersuchungsregionen beschrieben ([Abschnitt 5.1](#)). Anschließend wird das Handeln der Akteure jeweils differenziert für die Akteursgruppen beschrieben. Grundlage hierfür sind Interviews mit Personen, die mit der Zugangssteuerung befasst sind (zur Übersicht über die Interviewpartner_innen siehe [Tabelle 6](#)), sowie organisationsinterne Dokumente zur Zugangssteuerung. Den größten Raum nehmen in dieser Darstellung die Rentenversicherungen ein, die wegen ihrer überragenden Bedeutung auch für beide Regionen differenziert analysiert werden ([Abschnitt 5.2](#)). Aufgrund des Fokus der vorliegenden Untersuchung, dem Zusammenwirken von Rentenversicherung und öffentlicher Arbeitsvermittlung, wird anschließend das Vorgehen der Arbeitsagenturen und Jobcenter bei einer vermuteten Erwerbsminderung dargestellt ([Abschnitt 5.3](#)), bevor auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen eingegangen wird ([Abschnitt 5.4](#)) und abschließend zusammengefasst wird ([Abschnitt 5.5](#)).

5.1 Die Untersuchungsregionen

Im Folgenden wird auf Basis der oben beschriebenen Fragestellung eine Fallauswahl getroffen. Zugrunde gelegt werden die Daten aus Geschäftsdaten der Deutschen Rentenversicherung, welche Unterschiede in den Zugängen in

Tabelle 6

Interviews für die regionalen Fallstudien

	über- regional	West	Ost	Gesamt
Feldpflege, Einstieg	2	3	–	5
DRV	6	11	13	30
strategische Ebene (Geschäftsführung, Grundsatz, Controlling)	–	2	2	
Sozialmedizinischer Dienst (Aktenlagen, persönliche Begutachtungen; Antrags- und Widerspruchsverfahren)	3	4	4	
Verwaltung (Entscheidung in Antrags- und Widerspruchsverfahren)	3	4	5	
Selbstverwaltung (Allgemein, Widerspruchs- ausschüsse, Versichertenälteste)	–	1	2	
Sozialrichter_innen (BSG, LSG, SG)	1	–	–	1
Arbeitsagenturen (je Region zwei Standorte)	1	10	9	20
Verwaltung (allg. AV, Reha/SB, Leistung)	–	6	6	
Ärztlicher Dienst der BA (für AA und JC-gE)	1	4	3	
Jobcenter (je Region zwei Standorte)	–	4	3	7
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	–	2	1	3
Ärzt_innen	–	4	–	4
gutachterlich tätige Ärzt_innen	–	1	–	
Hausärzt_innen	–	2	–	
Betriebsärzt_innen	–	1	–	
Sozialrechtsberatung und -vertretung	–	2	1	3
Gesamt	10	36	27	73

Quelle: eigene Darstellung.

Deutschland zeigen (s. o. [Abschnitt 3.4](#)). Diese Unterschiede gehen über die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung hinaus, obwohl diese eine zentrale Steuerungsfunktion haben. Aufgrund des unterschiedlichen Zuschnitts der Regionalträger wären diese aber ohnehin nicht gut miteinander vergleichbar.⁴⁶ Es zeigt sich darüber hinaus, dass gerade bei großen Regionalträgern auch Unterschiede in den Zugangsquoten innerhalb der vom Regionalträger umfassten Region existieren, sodass zu vermuten ist, dass es lokale Faktoren unterhalb der Ebene der Regionalträger gibt, die lokale Unterschiede in den Zugängen zur Erwerbsminderungsrente beeinflussen. Im Folgenden werden die empirisch gefundenen Unterschiede erörtert und in Bezug auf die Fragestellung diskutiert, um so zu einer Fallauswahl zu gelangen.

Anhand der oben beschriebenen Daten lassen sich allgemeine Tendenzen hinsichtlich der Zugangsquoten in Erwerbsminderungsrente sowohl bei den Regionalträgern als auch bei den Raumordnungsregionen erkennen. Während der Süden eher niedrige Quoten aufweist, zeigen insbesondere die neuen Bundesländer und das Ruhrgebiet hohe Zugangsquoten. Wenn man sich die Werte im Hinblick auf die Arbeitsmarktsituation der jeweiligen Länder anschaut, lässt sich die Vermutung aufstellen, dass die Zugangsquoten der Erwerbsminderungsrente mit der Arbeitsmarktsituation der Regionalträger korrelieren: Der wirtschaftlich stärkere südliche Teil Deutschlands hat eher niedrige Zugangsquoten (z. B. Baden-Württemberg). Dagegen weisen der wirtschaftlich schwache nordöstliche Teil Deutschlands und auch das Ruhrgebiet höhere Zugangsquoten auf. Besonders Westfalen, Mitteldeutschland und Nord fallen mit hohen Werten auf. Arbeitsmärkte sind jedoch stark lokal geprägt und es gibt insbesondere in der Gruppe mit niedrigen Zugangsquoten Fälle, die nicht mit der Arbeitsmarkthypothese erklärbar sind. Somit stellt sich die Frage, ob die Variable „Arbeitsmarkt“ wirklich ein wesentlicher Faktor für den Zugang in Erwerbsminderungsrente ist oder ob die Wirkung dieser Variablen wiederum von anderen Faktoren abhängig ist.

Da die bisherige Forschung zum regionalen Vergleich von EM-Renten die Bedeutung des regionalen Arbeitsmarkts und der Sozialstruktur betont ([siehe Kapitel 1](#)), soll ein Fall untersucht werden, auf den die gängige Hypothese zum Zusammenhang von Arbeitsmarktlage und Erwerbsminderungsrentenzugang nicht zutrifft (niedrige Zugangsquoten, schlechter Arbeits-

46 Manche Regionalträger umfassen kleine Bundesländer oder kleinere Flächen innerhalb eines Bundeslands (DRV Saarland, DRV Schwaben), während andere mehr als ein Bundesland umfassen (DRV Nord oder DRV Mitteldeutschland). Auch die Mitgliederzahl variiert von 0,4 Millionen Versicherten in der DRV Saarland zu, z. B. 9,4 Millionen in der DRV Rheinland.

markt). Dieser Fall soll als „Ausgangsfall“ für unseren Vergleich dienen, d. h. es soll mithilfe des Vergleichs eruiert werden, warum es zu dieser mit gängigen Hypothesen nicht erklärbaren Ausprägung der Zugangsquoten kommt. Das heißt konkret, es interessiert, warum Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem Kontext mit schlechter Arbeitsmarktlage nicht per EM-Rente aus dem Arbeitsmarkt ausgesteuert werden, obwohl dies nahe liegen würde. Um die Rolle der Zugangssteuerung für diesen Effekt verstehen zu können, wird dieser Ausgangsfall mit einem Fall kontrastiert, der der Arbeitsmarkthypothese entspricht, d. h. der einen ähnlichen Kontext aufweist (schlechte Arbeitsmarktlage), aber gleichzeitig hohe Zugangsquoten. Auf Basis eines solchen Vergleichs lässt sich dann zeigen, wie sich die Zugangssteuerung in den beiden Fällen unterscheidet und was das Besondere an dem den gängigen Hypothesen widersprechenden Fall ist.

Während die abhängige Variable „Zugangsquote“ relativ klar definiert ist, bieten sich bei den unabhängigen Variablen eine Vielzahl möglicher Variablen zur Unterscheidung und Auswahl der Fälle für den Fallvergleich an. Hier muss auf Basis der Theorie eine Auswahl getroffen werden. Aus der bisherigen Forschung lassen sich die folgenden unabhängigen Variablen ableiten: die Arbeitsmarktlage, die Sozialstruktur und die Gesundheitsstruktur (Beatty/Fothergill 2013b). Diese Variablen müssten also, je nachdem, welches Design man verfolgt, systematisch variiert oder konstant gehalten werden, um einen möglichen Einfluss der Zugangssteuerung aufzeigen zu können. Ist der Ausgangsfall ein Fall, wo trotz schlechter Arbeitsmarktlage die Zugangsquote in Erwerbsminderungsrente niedrig ist, dann kann zum Vergleich entweder a) ein Fall mit ähnlichen Zugangsquoten und anderer Arbeitsmarktlage (most different design) oder b) ein Fall mit anderen (d. h. hohen) Zugangsquoten und ähnlicher Arbeitsmarktlage (most similar design) dienen. Beide Vergleiche würden sich im Grunde eignen, um die Besonderheit des Ausgangsfall (niedrige Zugangsquoten trotz schlechter Arbeitsmarktlage) zu beleuchten. Während in ersterem jedoch auf eine ähnliche Arbeitsmarktlage Bezug genommen werden kann, ist der zweite Vergleich insofern aufwändiger, weil zunächst einmal der Bezug zur jeweiligen Arbeitsmarktlage hergestellt werden muss. Denn die Arbeitsmarkthypothese geht ja zunächst einmal davon aus, dass sich der Arbeitsmarkt dann auf die Zugangssteuerung auswirkt, wenn die Arbeitsmarktlage schlecht ist. Der umgekehrte Fall muss jedoch nicht zwangsläufig gegeben sein, sodass noch eine Reihe anderer Faktoren die niedrige Zugangsquote beeinflussen könnten. Der Zusammenhang für den ersten Vergleich wäre insofern direkter und soll deshalb die Fallauswahl begründen.

Im Folgenden wird also das „most-similar“-Design für die Fallauswahl zugrunde gelegt. Untersucht wird, warum zwei Raumordnungsregionen mit ähnlichem sozio-ökonomischen Kontext unterschiedlich hohe Zugangsquoten aufweisen. Als Ausgangsfall kommt eine ostdeutsche Region (schlechter Arbeitsmarkt) mit niedrigen Zugangsquoten in Betracht, weil dies der Arbeitsmarkthypothese widerspricht. Darüber hinaus wird ein Fall mit hohen Zugangsquoten und möglichst ähnlicher Arbeitsmarktlage benötigt: z. B. eine städtische Region im Übergang von einem Industrie- zu einem Dienstleistungsarbeitsmarkt mit hoher Arbeitslosigkeit. In der Gruppe mit hoher Zugangsquote sind nur wenige städtische Regionen vorhanden. Neben diesen vergleichbaren Voraussetzungen ist es aber auch wichtig, dass eine gewisse Unterschiedlichkeit im Vergleich zur ausgewählten ostdeutschen Region gegeben ist, der für eine Erklärung nutzbar gemacht werden kann. Zwar gibt es einige ostdeutsche Regionen mit hohen Zugangsquoten, aber mit diesem Vorgehen schliesse man eine Vielzahl von Erklärungsfaktoren aus, die auf der historischen Trennung von Ost- und Westdeutschland beruhen. Die Entscheidung fiel deshalb für einen westdeutschen Fall, um die Möglichkeit historisch bedingter Unterschiede der sozialpolitischen Steuerung in Ost- und Westdeutschland mit in Betracht ziehen zu können.

Neben diesen Variablen, die die Fallauswahl zentral steuern, werden weitere Variablen in Betracht gezogen, die einen Einfluss auf die Zugangssteuerung haben könnten und die deshalb mit zu berücksichtigen sind. Es folgt eine Aufstellung aller in Betracht gezogenen erklärenden Variablen. Eine Zusammenfassung ist in [Tabelle 7](#) zu finden.

Das Erwerbspotenzial älterer Personen

Das Erwerbspotenzial älterer Personen ergibt sich aus dem Anteil von Personen im Alter von 50 bis 65 Jahren an der Bevölkerung. Der Bevölkerungsanteil dieser Gruppe streut im Vergleich der Raumordnungsregionen relativ wenig (17,3 bis 23,5 Prozent). Aus diesem Grund ist dieser Indikator für die weitere Verwendung nicht besonders wichtig. Zwar zeigt sich ein leichter Zusammenhang derart, dass in der Gruppe der hohen Zugangsquoten tendenziell ein höherer Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung gegeben ist als in der Gruppe mit niedrigen Zugangsquoten. Die beiden ausgewählten Fälle liegen jedoch beide eher im Mittelfeld (Region Ost 19,1 und Region West 21,1 Prozent), sodass nicht davon auszugehen ist, dass diese Variable die Unterschiede zwischen den beiden Regionen beeinflusst haben könnte.

Zusammenfassung der Indikatoren für die Regionalauswahl

Ebene	Dimension	Region 1: West	Region 2: Ost
abhängige Variable	EMR-Zugangsquote	hoch (10 %)	niedrig (4,5 %)
Variable ohne Erklärungs-potenzial	Erwerbspotenzial älterer Personen: 50–65 Jahre (Durchschnitt: 20,7 %)	21,1 %	19,1 %
	BIP je Einwohner (Durchschnitt: 27,7 %)	21,8 %	24,3 %
	Arbeitslosenquote (Durchschnitt: 9,0 %)	hoch (11,7 %)	hoch (11 %)
	Quote gering Qualifizierter (Durchschnitt: 15,0 %)	13,5 %	13,1 %
	Wirtschaftsstruktur	industriell geprägt	industriell geprägt

Quelle: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2012. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2012.

Bruttoinlandsprodukt je Einwohner

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) gibt den Gesamtwert aller Güter an, die innerhalb eines Jahres in einer Volkswirtschaft hergestellt wurden und dem Endverbrauch dienen. Ein hohes BIP deutet auch auf eine starke Wirtschaft hin, die durch eine hohe Erwerbstätigkeit gekennzeichnet ist. Somit könnte ein hohes BIP dazu führen, dass im Rahmen eines lebendigen Arbeitsmarktes eine Vielzahl von Möglichkeiten besteht, auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen lange zu beschäftigen. Die Daten zeigen, dass Raumordnungsregionen mit einem hohen Bruttoinlandsprodukt eher niedrigere Zugangsquoten als Regionen mit einem schwachen BIP haben. Allerdings weisen sowohl die Untersuchungsregion Ost als auch die Untersuchungsregion West ein unterdurchschnittliches BIP auf, sodass sich Unterschiede hierdurch nicht erklären lassen.

Arbeitslosenquote

Die Arbeitslosenquote zeigt den prozentualen Anteil von Arbeitslosen an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen. Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Arbeitslosigkeit haben häufig größere Schwierigkeiten, eine

neue Beschäftigung zu finden. Gleichzeitig haben Arbeitslose ein erhöhtes Krankheitsrisiko. Daher kann man davon ausgehen, dass eine hohe Arbeitslosigkeit Zugänge in Erwerbsminderung begünstigt, da der Druck auf den Arbeitsmarkt groß ist und Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen darunter besonders leiden. Die Arbeitslosigkeit variiert zwischen den Raumordnungsregionen von 5,4 bis 13,9 Prozent. Beide Regionen weisen überdurchschnittliche Werte auf (Raumordnungsregion Ost 11 Prozent, Raumordnungsregion West 11,7 Prozent). Diese Variable war zentral für die Fallauswahl (vergleichbarer sozio-ökonomischer Kontext). Die Daten hier zeigen, dass die Unterschiede in den Zugängen mit der Arbeitslosenquote nicht erklärt werden können.

Quote Geringqualifizierter

Geringqualifizierte haben ähnliche Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt wie Arbeitslose. Zum einen ist das für sie zur Verfügung stehende Spektrum an Tätigkeiten aufgrund ihrer geringen Qualifikation stark eingeschränkt. Während Hochqualifizierte ohne Probleme abwärts mobil sein können, ist für Geringqualifizierte die Aufwärtsmobilität mit einer hohen Investition in Form von nachträglicher Qualifizierung verbunden. Dies ist gerade für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oft nicht zu leisten. Zudem sind geringqualifizierte Tätigkeiten oft auch stärker belastend für die Gesundheit. Dies gilt sowohl für physische als auch für psychische Belastungen (geringere Handlungsautonomie etc.). Aus diesen Gründen ist die Flexibilität von Geringqualifizierten auf dem Arbeitsmarkt stärker eingeschränkt, was vermuten lässt, dass für diese Gruppe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen eher eine Aussteuerung aus dem Arbeitsmarkt in Frage kommt als bei anderen. Allerdings ist der Anteil Geringqualifizierter unter den Regionen mit hohen Zugangsquoten eher niedrig, wohingegen der Anteil in Regionen mit niedrigen Zugangsquoten tendenziell höher liegt. Diese Tatsache allein spricht aber noch nicht gegen die Hypothese, dass eine niedrige Qualifizierung für die betroffenen Arbeitnehmer_innen ein Hindernis bei der Arbeitssuche sein kann. Dies wird deutlich, wenn man die Qualifikation zusammen mit der wirtschaftlichen Stärke einer Region betrachtet: Der Anteil Geringqualifizierter ist in Regionen mit hohem BIP größer als in Regionen mit niedrigem BIP. Es könnte also sein, dass die schiere Wirtschaftskraft vor Ort dazu führt, dass mehr Menschen mit geringer Qualifikation in Beschäftigung sind als in wirtschaftlich schwächeren Regionen. Diese Variable scheidet als Erklärungsfaktor folglich aus.

Wirtschaftsstruktur

Die Wirtschaftsstruktur einer Region kann sich in zweierlei Hinsicht auf die Zugänge in Erwerbsminderung auswirken. Prospektiv gesehen, sind Dienstleistungsarbeitsmärkte leichter zugänglich für körperlich Erkrankte als industriell geprägte Arbeitsmärkte. Gleichzeitig ist retrospektiv in Gegenden mit industrieller Prägung eine Häufung bestimmter körperlicher Erkrankungen festzustellen, sodass hier eine besondere Risikostruktur vorliegt.

Die Annahme ist, dass Gatekeeper vor dem Hintergrund der jeweiligen strukturellen Voraussetzungen Entscheidungen treffen. Dabei haben sie einen hohen Interpretationsspielraum, der dazu führen kann, dass trotz ähnlicher struktureller Voraussetzungen unterschiedliche Entscheidungen getroffen werden. Nun sind aber die Raumordnungsregionen, wie bereits erwähnt, statistische Artefakte, die nicht der Gliederung der Verwaltung entsprechen. Dies gilt insbesondere für Akteure der Arbeitsverwaltung, aber in Teilen auch für die Rentenversicherung. Die kleinste Einheit der Verwaltungsgliederung ist die Kreisebene. Daher werden in den ausgesuchten Raumordnungsregionen jeweils zwei Kreise herangezogen. Entsprechend der Ausführungen zum Durchschnittswert von Rentenzugängen auf Regionalträgerebene ist auch hier davon auszugehen, dass die Werte der Raumordnungsregionen Unterschiede innerhalb der Raumordnungsregionen ausgleichen. Deshalb sollen die zu untersuchenden Kreise, sofern möglich, die Unterschiede innerhalb der Raumordnungsregion abbilden.

Auch hier richtet sich die Auswahl nach den genannten Auswahlkriterien. Dabei sollen die innerhalb der Raumordnungsregionen ausgewählten Kreise möglichst hohe Unterschiedlichkeit aufweisen. Um statistische Unterschiedlichkeit zu gewährleisten, wird je ein Kreis gewählt, der über, und einer, der unter dem Durchschnittswert der verschiedenen Indikatoren liegt. Der Vergleich in Bezug auf die Durchschnittswerte ist dann eher zur Einordnung und Interpretation relevant und dient weniger der Fallauswahl. Zudem soll mindestens einer der Kreise eine Reha-Einrichtung aufweisen. Anhand dieser Kriterien wurden in der Region West ein Landkreis und eine kreisfreie Stadt gewählt (siehe Tabelle 8).

Die Tabelle 8 zeigt die Daten für die beiden ausgewählten Kreise. Das Jobcenter der kreisfreien Stadt ist in Trägerschaft einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesagentur für Arbeit und der Kommune (gE). Das bedeutet, dass für die medizinischen Fragestellungen des Jobcenters auch der Ärztliche Dienst der BA zuständig ist. Das andere Jobcenter hingegen ist ein zugelassener kommunaler Träger (zKT), d. h. die Kommune hat von ihrem Recht zur Optierung auf eigene Verantwortlichkeit Gebrauch gemacht. Aufgrund die-

Ausgewählte Kreise in der Untersuchungsregion West

ROR West	Kreis	Trägertyp JC	Reha-Einrichtungen 2011	Erwerbspotenzial Älterer (50- bis 65-jährige) 2011	Arbeitslosenquote 2011	55 Jahre und älter je 100 Arbeitslose 2010	Quote Beschäftigte ohne Ausbildung
	kreisfreie Stadt	gE	1	20,8 %	14,4 %	12,3 %	13,8 %
	Landkreis	zKT	–	21,9 %	11,2 %	14,0 %	14,1 %
Gesamt				21,1 %	11,7 %	13,4 %	14,7 %

Quelle: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2012. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2012 und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014. ROR: Raumordnungsregion.

ser eigenen Zuständigkeit hat die Kommune auch keinen Zugriff auf den Ärztlichen Dienst der BA, sondern muss auf andere, z. B. das Gesundheitsamt, zurückgreifen (siehe Kapitel 4). Ein weiterer Unterschied zwischen den Kommunen ist die Tatsache, dass es in der kreisfreien Stadt eine Reha-Einrichtung gibt und im Landkreis nicht. Was die statistischen Indikatoren angeht, liegt der Landkreis hinsichtlich des Erwerbspotenzials Älterer und des Anteils älterer Arbeitsloser leicht über dem Durchschnitt. Hinsichtlich der Arbeitslosenquote liegt die kreisfreie Stadt über dem Durchschnitt, während sie auf die anderen drei Indikatoren unterdurchschnittliche Werte aufweist. Bei der Quote der Geringqualifizierten liegen beide knapp unter dem Durchschnitt der gesamten Untersuchungsregion West, die mehr als diesen einen Landkreis bzw. diese eine kreisfreie Stadt umfasst. Dies liegt daran, dass der dritte Kreis in dieser Region einen weit überdurchschnittlichen Wert aufweist (19,4 Prozent).

In der untersuchten Raumordnungsregion Ost wurden ebenfalls eine großstädtische kreisfreie Stadt und ein – allerdings stark verstädterter – Landkreis ausgewählt (siehe Tabelle 9). Während das Jobcenter der Großstadt von einer gemeinsamen Einrichtung betrieben wird, hat der Landkreis für die kommunale Trägerschaft optiert. In beiden Kreisen gibt es Reha-Einrichtungen. Hinsichtlich der Arbeitslosenquote und der Quote Geringqualifizierter

Ausgewählte Kreise in der Untersuchungsregion Ost

ROR Ost	Kreis	Trägertyp JC	Reha-Einrichtungen 2011	Erwerbspotenzial Älterer (50- bis 65-jährige) 2011	Arbeitslosenquote 2011	55 Jahre und älter je 100 Arbeitslose 2010	Quote Beschäftigte ohne Ausbildung
	kreisfreie Stadt	gE	3	17,1 %	11,3 %	14,8 %	8,4 %
	Landkreis	zKT	4	22,6 %	10,9 %	20,5 %	7,2 %
Gesamt				19,1 %	11,0 %	17,8 %	7,8 %

Quellen: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2012. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) – Bonn 2012 und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014. ROR: Raumordnungsregion.

liegt die Großstadt leicht über dem Durchschnitt, wohingegen der Landkreis bei beiden Indikatoren einen leicht unterdurchschnittlichen Wert aufweist. Die Unterschiede in Bezug auf die Arbeitslosenquote sind allerdings in beiden Fällen ziemlich gering. Größer sind die Unterschiede in Bezug auf den Anteil Älterer an den Erwerbspersonen sowie an den Arbeitslosen. Hinsichtlich beider Indikatoren liegt die Großstadt deutlich unter dem Durchschnitt, während der Landkreis einen deutlich überdurchschnittlichen Wert aufweist.

5.2 Die Feststellung der Erwerbsminderung durch die Rentenversicherung

5.2.1 Der regionale Rentenversicherungsträger in der Untersuchungsregion West

Geschichte und Standorte

Der lokale Rentenversicherungsträger, der für die Untersuchungsregion West zuständig ist (DRV West), wurde 1890 als Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für den Kommunalverband einer westdeutschen Provinz gegründet. 1900 wurde sie in „Landesversicherungsanstalt West“ und 2005 im

Zuge der Organisationsreform in „DRV West“ umbenannt. Für diese Region sind neben der DRV West zwei Bundesträger aktiv: die DRV Bund, die im gesamten Bundesgebiet Versicherte betreut, sowie die DRV Knappschaft-Bahn-See, die aufgrund der bergbaulichen Vergangenheit des nahe gelegenen Ruhrgebiets ebenfalls eine nennenswerte Anzahl von Rentenversicherten hat.

Die DRV West hat ihren Hauptsitz in einer kreisfreien Stadt, die zugleich Sitz eines Regierungsbezirkes ist. Am Hauptsitz der DRV West sind auch die Leistungsabteilung sowie der Sozialmedizinische Dienst (SMD) angesiedelt, die im Falle von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente tätig werden. Zum SMD gehört der Beratungsärztliche Dienst, der am Hauptsitz tätig ist und wo jene Gutachten erstellt werden, die nach Aktenlage möglich sind, sowie sechs Untersuchungsstellen, in denen durch eigene Ärzt_innen persönliche Begutachtungen durchgeführt werden. Zur Beratung von Versicherten sowie zur Aufnahme von Anträgen und Widersprüchen werden neun Auskunft- und Beratungsstellen vorgehalten, in denen Versicherte *aller* Rentenversicherungsträger beraten werden. Insgesamt 92 ehrenamtlich tätige Versichertenälteste in 27 Städten und Kreisen beraten ebenfalls in Fragen der Rentenversicherung, hier jedoch beschränkt auf die Versicherten der DRV West. Sie sind Teil der Selbstverwaltung, ebenso wie die 21 Widerspruchsausschüsse, denen insgesamt 84 Mitglieder angehören und in denen über Widersprüche gegen Verwaltungsakte der DRV West entschieden wird.

Ziele und Interessen

Die Ziele und Interessen der DRV West sind grundsätzlich bestimmt von einer gesetzeskonformen und wirtschaftlichen Umsetzung der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben. Dies ist zugleich geprägt von einem stets auszubalancierenden Spannungsfeld zwischen den individuellen Interessen der Versicherten und denen der Solidargemeinschaft insgesamt sowie den gesetzlichen Vorgaben.

„Ja, das ist ja generell das Spannungsfeld, in dem man sich bewegt. Diese Verantwortung haben wir. [...] Es gibt da keine Philosophie, um das mal zu beantworten. Ich sehe meine Arbeit – ich glaube, die anderen Kollegen auch – so, dass wir sowohl eine Verantwortung gegenüber dem erkrankten Versicherten haben, als auch gegenüber der Versichertengemeinschaft. Und Maßstab ist das Gesetz“ (128RV, 678–682).

Dabei finden sich in den Interviews durchgängig vielfältige Aussagen, die eine starke Orientierung an den Interessen der Versicherten erkennen lassen. Dabei handelt es sich zum einen um Äußerungen, die auf eine bestimmte Haltung hinweisen, auf ein von Vertrauen und Verantwortung geprägtes Verhältnis der DRV West gegenüber ihren Versicherten.

„Auf der anderen Seite sind wir aber auch letztlich durch die Beiträge finanziert, d.h. also, es gibt einfach ein Fürsorgeverhältnis auch zu unseren Versicherten“ (122RV, 90).

An einer anderen Stelle heißt es:

„Das geht einfach objektiv danach, erfüllt er die versicherungsrechtlichen und die medizinischen Voraussetzungen. Da hat er ja auch den Anspruch darauf, also ich sag mal, das finde ich, das sind wir auch dem Versicherten schuldig. Also der hat den Anspruch. Also da gibt es nicht hier Vorgaben, also hier wir dürfen im Jahr nur so und so viele EMI-Renten rausgeben, also das gibt es überhaupt nicht“ (121RV, 155).

Zum anderen zeigt sich dies an der Verfahrensgestaltung. Beim Rentenversicherungsträger der Westregion wird diesbezüglich den (vermuteten) Interessen der Versicherten viel Bedeutung beigemessen.

„Das heißt, dass es Situationen gibt [...] nach der Untersuchung in der Sachaufklärung und unter Berücksichtigung des Tatbestandes, der in den Akten liegt, dass noch Fragen offen sind, die ich aber auch nicht klären kann. Und dass man im Sinne des Antragstellers guckt, was ist denn da noch? Ja, und was muss noch gemacht werden? Müssen wir noch einen Schritt weitergehen in der Sachaufklärung?“ (133RV, 20)

Ein anderer Gesprächspartner führte aus:

„Den Grundsatz Reha vor Rente gibt es, der wird auch immer geprüft. Der wird bei jedem Fall geprüft, wobei man de facto natürlich sagen muss, dass derjenige, der einen Antrag stellt, mitunter auch, sage ich mal, diese Karriere schon durchlaufen hat, also dass da Reha-Bemühungen auch schon gemacht worden sind und in dem Moment, wo er sich jetzt, wo er für sich Bilanz gezogen hat und gesagt hat: ‚Für mich kommt jetzt eigentlich diese Rentenleistung in Frage.‘, da steht dann auch im Fokus das zu prüfen, also der Anspruch darauf und jetzt nicht unbedingt in missionarischem Eifer noch irgendwelche Dinge zu generieren, wo man sagt: ‚Aber das und das und das darfst du oder musst du [...] vorher noch machen.‘ Also so nicht. Das versuchen wir zu vermeiden“ (124RV, 94–96).

Dabei sind mögliche Auswirkungen dieser ausgeprägten Orientierung an den Interessen der Versicherten auf Verfahrensergebnisse und Inanspruchnahmequoten durchaus im Bewusstsein der Interviewpartner_innen.

„Ich glaube, es gibt eine Kultur hier im Hause, die daraus resultiert/Wir haben jetzt just auch wieder drei neue Juristen eingestellt, die jetzt sich in der Einarbeitungsphase befinden. [...] Sie bekommen von den älteren Kollegen im Grunde mit auf den Weg, wo die entscheidenden Knackpunkte bei der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente sind. [...] So, man hat auch seine Run-

den hier, in denen man sich untereinander noch bespricht, gerade als jüngerer Kollege, neuer Kollege [...], Wie würdest du den Fall entscheiden? Ich habe da jemanden, der hat die Einschränkung, der ist so und so alt. Der hat das gelernt. Hast du da für den noch eine Tätigkeit, die du ihm zumuten würdest? So ist der Diskussionsprozess, und so wird, glaube ich, das transportiert. Und das wird transportiert über die Jahrzehnte hier, und da resultiert die Kultur raus. Und ich glaube, man kann sagen, dass wir nicht knickerig sind bei unseren Entscheidungen“ (129RV, 90).

Neben diesen Verfahrensfragen kommt eine hohe Versichertenorientierung auch in der Bewertung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Ausdruck, beispielsweise indem die Einführung der Günstigerprüfung im Erwerbsminderungsrentenrecht im Zuge des Rentenpakets 2014 ausdrücklich begrüßt wird, die Abschlüsse auf Erwerbsminderungsrenten in Frage gestellt werden, denn „eine EMI-Rente sucht sich ja keiner freiwillig aus“ (121RV, 389), sowie die Weiterführung der BU-Renten gefordert wird, da die private Absicherung „nicht für viele unseres Klientels leistbar [ist]. Das ist unmöglich.“ (122RV, 27), obwohl dies zusätzliche Kosten zulasten der Rentenversicherung generieren wird bzw. bei Umsetzung generieren würde.

Einen hohen Stellenwert in der Geschäftspolitik hat Rehabilitation, auch wenn die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten damit nicht in jedem Fall vermeidbar ist: „Man wird nicht jede EMI-Rente durch eine Reha verhindern können, da muss man sich einfach drüber im Klaren sein.“ (121RV, 263) Dennoch wird der Grundsatz Reha vor Rente konsequent (unter Beachtung der Versicherteninteressen, s. o.) umgesetzt; zudem werden vielfältige Aktivitäten zur Vermeidung einer Erwerbsminderungsrente unternommen, beispielsweise zur frühzeitigen Erkennung von Reha-Bedarfen und die Umsetzung von Reha-Maßnahmen unter Beteiligung von Betriebsärzten (WeB-Reha) und Betrieben (RehaFuturReal).

Aufbau und Ablauf innerhalb der Organisation

In Angelegenheiten einer (potenziellen) Erwerbsminderung sind vornehmlich die Leistungsabteilung mit der Sachbearbeitung sowie die Abteilung Sozialmedizin mit dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) und der medizinischen Steuerstelle involviert.⁴⁷ Die Leistungsabteilung prüft zum einen die

47 Nach Abschluss der Interviews wurden die Abläufe (erneut) verändert mit dem Ziel, einen besseren Schutz gegen Sozialleistungsbetrug zu erreichen. Anlass war, dass im Zuständigkeitsbereich des untersuchten Rentenversicherungsträgers im Bereich der Erwerbsminderungsrenten ein organisierter Sozialleistungsbetrug aufgedeckt wurde, von dem auch der untersuchte Rentenversicherungsträger betroffen war.

versicherungsrechtlichen Sachverhalte, insbesondere die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und den Tag des Leistungsfalls; zum anderen entscheidet sie unter Beachtung der sozialmedizinischen Stellungnahme abschließend über eine Erwerbsminderungsrente. Der SMD prüft die medizinischen Voraussetzungen, insbesondere die (Rest-)Leistungsfähigkeit der oder des antragstellenden Versicherten, und nimmt in seinem Gutachten Stellung zu Umfang und voraussichtlicher Dauer einer Erwerbsminderung. Die medizinische Steuerstelle ist für die Herstellung einer „arztfertigen Akte“ (133RV, 96) zuständig, d. h. sie prüft die eingegangenen medizinischen Unterlagen und zieht ggf. weitere Unterlagen bei, sodass die Ärzt_innen im SMD sich auf ihre gutachterliche Tätigkeit konzentrieren können.

Zur *Leistungsabteilung* gehören mehrere Referate, in denen alle Angelegenheiten der Versicherten mit Außenwirkung – Reha, Rente, Beiträge – in allen Stadien – Antrag, Widerspruch, Klage – bearbeitet werden. Diese liegen im Sinne einer „integrierten Sachbearbeitung“ jeweils in einer Hand, sodass die Versicherten unabhängig vom konkreten Anliegen und Verfahrensstand nur eine Ansprechperson haben und diese ihrerseits eine umfassende Sicht über alle Angelegenheiten der oder des Versicherten haben. Die Zuweisung der Versicherten ist geburtsstagsbezogen organisiert, um eine annähernd gleichmäßige Arbeitsbelastung zwischen den Referaten bzw. den Beschäftigten zu erreichen.

Die Leitung der Referate liegt in juristischer Hand. Seit einer Umstrukturierung im Jahr 2007 obliegt jeder Referatsleitung die Führung von zwei Referaten. Zu ihren Aufgaben gehört neben der Personalverantwortung (ca. 150 bis 170 Beschäftigte je Referatsleitung) auch die Sachbearbeitung von Versichertenangelegenheiten, gemeinsam mit einer Referentin bzw. einem Referenten je Referat. Jedes Referat hat zwölf „Abschnitte“, wobei die Referent_innen jeweils für neun Abschnitte und die Referatsleitung aufgrund der zusätzlichen Personalverantwortung für jeweils drei Abschnitte je Referat – bei zwei Referaten insgesamt sechs Abschnitte – zuständig sind. Die Abschnitte werden jeweils von einer Abschnittsleitung geführt, die für zwei „Gruppen“ zuständig ist, bestehend aus je einer Gruppenleitung und Sachbearbeiter_in. Darüber hinaus gibt es in jedem Referat zuständige Personen für Klageverfahren („Streitverfahren“) sowie eine Büroleitung. Referatsleitung und Referent_innen sind Juristen, Sachbearbeiter_innen in den Gruppen sind Sozialversicherungsfachangestellte, alle übrigen Referatsbeschäftigten gehören nach einem Fachhochschulstudium oder einer Verwaltungsausbildung mit zusätzlichem internen Lehrgang dem gehobenen Dienst an.

Die Fallbearbeitung in den Referaten erfolgt arbeitsteilig. Die Entscheidungskompetenz im Zusammenhang mit einer Erwerbsminderungsrente ist den Jurist_innen vorbehalten. Zur Entscheidungsvorbereitung erhalten sie Vorlagen aus ihrem Referat. Für den Bereich der Antragsverfahren kommen die Vorlagen von den Gruppenleitungen (mit Kontrolle durch die Abschnittsleitung), für Widerspruchsverfahren kommen sie durch die Abschnittsleitungen und für Klageverfahren durch die Zuständigen für Streitverfahren. Die Entscheidung über Anträge von Versicherten mit einem seitens des SMD festgestellten Leistungsvermögen von unter drei Stunden war für einige Jahre den Abschnittsleitungen übertragen worden. Hintergrund waren interne Umstrukturierungsmaßnahmen mit dem Erfordernis neuer Aufgabenzuschneide, und eine gesetzeskonforme sozialrechtliche Entscheidung in diesen „einfachen“, medizinisch eindeutigen Fällen wurde auch Beschäftigten ohne juristische Ausbildung zugetraut. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war die Rückverlagerung auf die juristische Ebene bereits beschlossen, da bei einer internen Überprüfung eine erhöhte Fehleranfälligkeit bei der Bestimmung des Leistungsfalls, d.h. der Datierung des rentenrechtlich relevanten Eintritts einer Erwerbsminderung unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung, deutlich geworden war.

Der *Sozialmedizinische Dienst* ist zuständig für gutachterliche Stellungnahmen bei Anträgen auf Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente. Für den Bereich der Erwerbsminderungsrente ist der SMD auch in Widerspruchs- und Klageverfahren involviert, sofern medizinische Sachverhalte eine Rolle spielen. Die Bearbeitung der Widersprüche und Klagen erfolgt im Regelfall durch jene Ärzt_innen, die bereits im Antragsverfahren tätig waren, weil sie den Fall bereits kennen.

Zum SMD gehören neben dem Beratungsärztlichen Dienst (BÄD) am Hauptsitz die Untersuchungsstellen in den Regionen, die vom BÄD mit Begutachtungen beauftragt werden, wenn eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit nach Aktenlage nicht möglich ist. Im SMD sind Ärzt_innen unterschiedlicher Fachrichtungen tätig, die alle über eine sozialmedizinische Weiterbildung verfügen. Trotz Stellenbesetzungsproblemen hält die DRV West am Konzept der Untersuchungsstellen fest, da sie als „Kompetenzzentrum der Region“ (125RV, 20) geschätzt sind. Wesentliche Vorteile werden zum einen in der sozialmedizinischen Kompetenz der dort tätigen Ärzt_innen gesehen, die eine ganzheitlichere Begutachtung der Versicherten insbesondere bei multimorbiden Fällen erlaubt im Vergleich zu den fachärztlich tätigen externen Gutachter_innen, die in der Regel nicht sozialmedizinisch weitergebildet sind. Zum anderen wird die Nähe sowohl zu den externen

Gutachtern als auch zu Niederlassungen der anderen Sozialleistungsträger geschätzt.

„Also der Vorteil, warum wir überhaupt dran festhalten, dass wir eigene Begutachtungsstellen haben, das ist einfach die Präsenz in der Region, weil es ist ja/ jede Region ist ein bisschen anders. Es gibt da andere Ärzte und die kennt man dann eben besser, wo die Befundberichte herkommen. Die externen Gutachter, das Klientel mag sich auch etwas unterscheiden, und die Zusammenarbeit, da gibt es ja häufig da auch einen MDK oder ein Arbeitsamt vor Ort. Da ist so ein Stückchen ja Präsenz in der Region, was das Reizvolle ist.“ (126RV, 86)

Im BÄD erfolgt die Verteilung der zu erstellenden Gutachten auf die Ärzt_innen nicht entsprechend ihrer Fachrichtung entlang einer im Antrag genannten (Haupt)Diagnose, sondern geburtsstagsbezogen wie in der Leistungsabteilung, sodass den Beschäftigten in den dortigen Referaten feste ärztliche Ansprechpersonen gegenüberstehen. In der in die Untersuchung involvierten Untersuchungsstelle hingegen werden Begutachtungen für die Bereiche Orthopädie und Psychiatrie fachbezogen zugewiesen, alle übrigen Fälle werden vom Allgemeinmediziner begutachtet. Werden vom BÄD oder der Untersuchungsstelle Fachgutachten für erforderlich gehalten, gehen diese an externe Ärzt_innen der entsprechenden Fachrichtung. Die externe Beauftragung hat sukzessive an Bedeutung gewonnen – insgesamt werden heute etwa zwei Drittel aller persönlichen Begutachtungen von externen Gutachter_innen durchgeführt –, im Wesentlichen aufgrund von Stellenbesetzungsproblemen in den Untersuchungsstellen. Die abschließenden Stellungnahmen einschließlich der Einschätzung der Leistungsfähigkeit werden unter Würdigung aller Befunde und Gutachten jedoch immer von den Ärzt_innen im BÄD bzw. der Untersuchungsstelle vorgenommen.

Entsprechend der zum Zeitpunkt der Untersuchung gültigen Personalbedarfsermittlung hat eine ärztliche Vollzeitkraft im BÄD täglich etwa 60 bis 70 Vorgänge zu bearbeiten, wobei die Bearbeitungsdauer je Vorgang variiert und auch variieren muss, damit das Pensum zu schaffen ist.

„Da können Sie natürlich nicht für jeden [Vorgang] eine viertel oder eine halbe Stunde brauchen. Da sind auch, sage ich mal, Minutendinge dabei. Und das ist auch, wenn man das so will, das ist letztlich auch die Technik, die Erfahrung, die es irgendwann dazu bringt, dass ich sehe, welche Fälle kann ich wirklich ganz schnell wegmachen, um für die, wo ich dann Zeit brauche, mir die Zeit sozusagen freigeschaufelt zu haben“ (124RV, 71–72).

So sind Reha-Anträge schneller zu bearbeiten als Erstanträge auf Erwerbsminderungsrente. Das Pensum wird mit Verweis auf die Qualität der Gutachten wird als grenzwertig eingeschätzt und eine neue Personalbedarfsermitt-

lung für erforderlich gehalten. „Wir empfinden das schon als auch sehr, sehr viel. Also das ist aus unserer Sicht schon an der Grenze dessen, was wirklich irgendwie noch machbar ist mit dem Anspruch letztlich auch an Qualität, den wir natürlich an uns haben und den wir auch der Verwaltung schuldig sind“ (124RV, 74). In der Untersuchungsstelle werden von den Ärzt_innen täglich jeweils drei bis vier Begutachtungen, bei psychiatrischen Fällen aufgrund der umfangreicheren Anamnese täglich zwei bis drei Fälle zuzüglich der vorbereitenden und nachgehenden Aktenarbeit durchgeführt.

Steuerung

Die Geschäftspolitik der Rentenversicherung West ist deutlich durch das Benchmarking, d. h. den gesetzlich bestimmten Vergleich mit den anderen Rentenversicherungsträgern, geprägt. Die dort vereinbarten Indikatoren werden im Rahmen eines Monitorings beobachtet und für interne Optimierungsprozesse genutzt. Indikatoren sind beispielsweise die Wirtschaftlichkeit (Anzahl der Beschäftigten gemessen am Antragsaufkommen), Laufzeiten eines Antrages (von der Annahme bis zur Bescheiderteilung) und Kosten pro Fallbearbeitung (Verwaltungs- und Verfahrenskosten). Während sich die Rentenversicherung West bei der Wirtschaftlichkeit auf einem „Champions-League-Platz“ (121RV, 56) sieht, spielt sie aus ihrer Sicht bei den Laufzeiten im „Mittelfeld“ (121RV, 56). Ihre Position im Ranking der Rentenversicherungsträger ist jedoch nur begrenzt steuerungswirksam. So gibt es beispielsweise keine Vorgaben zu Laufzeiten von Erwerbsminderungsanträgen; es gilt der allgemeine Grundsatz, die Anliegen der Versicherten zeitnah zu bearbeiten. Eine Steuerung entlang der Benchmark-Indikatoren wird als schwierige Balance beschrieben: So würde zusätzliches Personal zwar die Laufzeiten verbessern, sich jedoch zugleich ungünstig auf die Kosten pro Fallbearbeitung auswirken. Hier sind Prioritäten zu setzen, und die Laufzeiten stehen vor dem Hintergrund der vielfältigen, von der Rentenversicherung nicht oder nur wenig beeinflussbaren externen Faktoren, beispielsweise bei der Beiziehung medizinischer Befunde, nicht an erster Stelle. Allerdings wurde die medizinische Steuerstelle, die für die Beiziehung von Unterlagen und die Herstellung „arzfertiger Akten“ zuständig ist, geschaffen, um die Abläufe zu straffen und die Laufzeiten zu verkürzen.

Neben den Indikatoren des Benchmarking gibt es weitere, die allein intern beobachtet werden, beispielsweise Widersprüche, Abhilfen und Klagen. Sie werden jedoch in ihrem Aussagewert zugleich kritisch betrachtet: Ist eine Entscheidung der Rentenversicherung im Laufe eines Widerspruchs- oder Klageverfahrens zu revidieren, sei dies kein Zeichen mangelnder Qualität der

ersten Entscheidung, sondern häufig Resultat einer Änderung des Sachverhalts während der teils langen Verfahrensdauern, beispielsweise durch eine veränderte Befundlage nach Einreichung bzw. Beiziehung weiterer medizinischer Unterlagen oder durch eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Sowohl für Reha- als auch für Erwerbsminderungsrentenanträge werden ergebnisbezogene Vorgaben, beispielsweise hinsichtlich einer Bewilligungsquote, verneint: Sind die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllt, werden sie bewilligt. Dabei sind Fragen von Rehabilitation jedoch vor dem Hintergrund eines Reha-Budgets zu beantworten. Zwar werden Entscheidungen nach Kassenlage entschieden abgelehnt: „Man kann ja nicht sagen: ‚So und so viel Prozent. So haltet die mal ein.‘ Das geht gar nicht, also das ist mit ärztlicher Ethik nicht/kein das geht nicht.“ (126RV, 172), zugleich will man aber „das Budget auch nicht unbedingt reißen“ (126RV, 172). Steuerungsmöglichkeiten werden zum einen gesehen in der Priorisierung zu bewilligender Reha-Maßnahmen mit dem Ziel der Entlastung des laufenden zulasten des nachfolgenden Haushaltsjahres: „AHB [Anschlussheilbehandlung] geht innerhalb von 14 Tagen, MDK-Gutachten mit langer AU sollten ja auch möglichst schnell in die Reha, und es gibt sicherlich auch Fälle, wo man eine Reha auch vielleicht nach drei Monaten machen kann, wenn das Budget nicht reicht und dann haben wir der Verwaltung gesagt: ‚Wir könnten wohl priorisieren und dann können sie das nächstes Jahr machen, wenn wieder Geld da ist.‘“ (126RV, 172). Zum anderen wird der Zugang zu Reha-Maßnahmen insofern verengt, dass konsequent auf die Einhaltung der Vier-Jahres-Frist geachtet und stärker auf die vom Gesetzgeber zulasten der Rentenversicherung vorgesehene Zielgruppe – Versicherte mit einer *erheblichen* Gefährdung der Erwerbsfähigkeit – fokussiert wird.⁴⁸ Wie schwierig das vor dem Hintergrund des Rechtsanspruches auf eine Reha-Maßnahme bei Vorliegen der Voraussetzungen in der Praxis zu kommunizieren ist, zeigen die vorsichtigen Ausführungen eines Interviewpartners: „Thema Leitlinien, Reha-Leitlinien, dass die natürlich dann auch eine Rolle spielen. Und insofern haben wir schon auch die Gutachter auch angeschrieben und noch mal gesagt und sensibilisiert, dass man dann auf die

48 Nach § 12 Abs. 2 SGB VI sollen im Regelfall Reha-Leistungen erst nach vier Jahren erneut erbracht werden: „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.“

Fälle, wo die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist, sich da, sagen wir, besinnt“ (126RV, 172).

Eine budgetäre Steuerung im SMD hinsichtlich der Gutachten wird verneint. Die Entscheidung über das Gutachtenformat – Aktenlage oder persönliche Begutachtung – unterliegt keiner Steuerung, sondern wird vom BÄD nach fachlichen Kriterien entschieden. Auch die Entscheidung zur Beauftragung externer Gutachter_innen folgt nicht finanziellen, sondern fachlichen und Kapazitätsgründen, insbesondere auch infolge von Stellenbesetzungsproblemen in den Untersuchungsstellen. Im SMD spielt die Gutachtenqualität eine erhebliche Rolle. In diesem Zusammenhang sind die Leitlinien von großer Bedeutung sowohl für die Erstellung der Gutachten als auch für ihre Prüfung sowie für das Bemühen um die Vereinheitlichung der Gutachten zwischen den Rentenversicherungsträgern. „Alles, was wir als Leitlinie haben, als Buch, als Bibel für uns, das haben wir ja gemeinsam erarbeitet und das wird allen zur Verfügung gestellt und es wird von allen auch benutzt und danach vorgegangen. Deswegen haben wir ja jetzt auch diese Qualitätssicherung, trägerübergreifend, auf Bundesebene auf den Weg gebracht. Und da sind diese Leitlinien, also unsere sozialmedizinische Begutachtungsliteratur, die ist Grundlage und die ist auch Grundlage für die Prüfung der Gutachten. Die werden in einem peer-review-Verfahren dann auch geprüft von anderen Gutachtern, nicht den trägereigenen, und die sind dann auch die Grundlage. Also man will schon eine Angleichung“ (125RV, 273). Darüber hinaus wird die Gutachtenerstellung stark durch die Gutachtenformulare gesteuert, die im Wesentlichen Ankreuzoptionen enthalten und ergänzend ein Freitextfeld.

Verfahren zur Feststellung der Leistungsfähigkeit innerhalb der Rentenversicherung

Erwerbsminderungsrentenanträge werden von den Versicherten überwiegend eigeninitiativ, z. T. nach Anregung ihrer Ärzt_innen gestellt. Einige werden auch von Sozialleistungsträgern hierzu aufgefordert, wobei Krankenkassen und Arbeitsagenturen nur zur Reha-Antragstellung, u. U. mit einer Umdeutungsintention, Jobcenter und Sozialhilfeträger hingegen auch zur Erwerbsminderungsrentenantragstellung auffordern können. Umdeutungen werden vom SMD grundsätzlich und unabhängig vom Zugangsweg des Antrages geprüft. Da jedoch die Wünsche der Versicherten sehr ernst genommen werden, wird ein eigeninitiativ gestellter Reha-Antrag nur umgedeutet, wenn dies medizinisch eindeutig geboten ist. Sie finden deshalb eher im Zuge einer Antragsaufforderung statt, bei dem die Wünsche der Versicherten

nur eingeschränkt von Belang sind, da ihr Dispositionsrecht über das Verfahren gesetzlich beschnitten ist.

Das Verfahren zur Bearbeitung und Entscheidung eines Erwerbsminderungsrentenantrages ist bei der DRV West kleinschrittig und mit einer Vielzahl an Beteiligten organisiert.

Vorbereitung in der Leistungsabteilung

Nach der Erfassung der eingehenden Anträge in der Antragsbearbeitung werden sie an die zuständigen Gruppenleitungen in den Referaten weitergeleitet. Diese legen Verwaltungsakten an und prüfen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sind diese *nicht* erfüllt, wird die Akte direkt an die Referentin bzw. den Referenten weitergeleitet, die die Unterlagen auf einen möglichen früheren Tag des Leistungsfalls und die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu diesem Stichtag prüfen.

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, wird die medizinische Steuerstelle eingeschaltet. Dort wird eine medizinische Akte angelegt und die mit dem Antrag eingegangenen medizinischen Unterlagen werden entlang einer Checkliste geprüft. Sofern sich Hinweise auf weitere relevante Unterlagen ergeben, beispielsweise auf Krankenhausaufenthalte, Untersuchungen bei Fachärzt_innen, Begutachtungen bei anderen Sozialleistungsträgern, werden die Befunde, Berichte und Gutachten beigezogen, d.h. angefordert. Liegen alle relevanten Unterlagen vor, sodass die medizinische Akte aus Sicht der medizinischen Steuerstelle „arztfertig“ ist, wird sie an den BÄD zur Gutachtenerstellung weitergeleitet.

Gutachten

Gegenstand eines Gutachtens im Zusammenhang mit einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist immer eine Prüfung des Leistungsvermögens. Dabei wird ganz überwiegend ein allgemeiner Prüfauftrag erteilt; spezifisch betonte Fragestellungen wie beispielsweise nach der Gehfähigkeit kommen nur in Einzelfällen vor. Zur Feststellung des Leistungsvermögens werden eine Reihe von Sachverhalten geprüft, insbesondere das positive und negative Leistungsbild festgestellt, der Leistungsfall bestimmt und eine Prognose hinsichtlich der Besserungswahrscheinlichkeit abgegeben. Abschließend wird immer die Frage nach dem quantitativen Leistungsvermögen beantwortet, und zwar sowohl bezogen auf die letzte Tätigkeit als auch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, da die Ärzt_innen den rentenrechtlich relevanten Arbeitsmarkt der oder des Versicherten nicht bestimmen und die Frage nach einem möglichen Berufsschutz nicht beantworten können. Dies liegt daran, dass ih-

nen nur die medizinische Akte vorliegt, während die Verwaltungsakte mit den diesbezüglich relevanten Angaben in der Leistungsabteilung verbleibt. Zudem sind für diese Entscheidung sozialrechtliche Kenntnisse, insbesondere zur Feststellung einer Tätigkeit als „Beruf“ sowie zu zumutbaren Verweisungstätigkeiten notwendig, sodass dies im Verantwortungsbereich der Referent_innen liegt. Abschließend wird zudem auch immer die Frage von medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben diskutiert. Für die Gutachtenerstellung wird ein Vordruck verwendet, mit dem diese gesteuert und zugleich sichergestellt wird, dass alle für die sozialrechtliche Entscheidung notwendigen Informationen erhoben und in übersichtlicher Weise dargestellt werden. Neben der Abfrage mit Ankreuzmöglichkeiten wie beispielsweise zur Frage des quantitativen Leistungsvermögens – unter drei Stunden, drei bis unter sechs Stunden, sechs Stunden und mehr; leichte Arbeiten, mittelschwere Arbeiten – gibt es Freitextfelder, in denen gutachterliche Äußerungen eingetragen werden.

Gutachten werden auch ausgelöst im Auftrag von Jobcentern oder Sozialhilfeträgern zur Feststellung der Leistungsfähigkeit von Antragstellenden oder Leistungsbeziehenden, um Zuständigkeiten bzw. Divergenzen hierüber zwischen ihnen abschließend klären zu lassen. Die Rentenversicherung ist mit der Aufgabe betraut, das Leistungsvermögen *abschließend* zu beurteilen, d.h. ihre Einschätzung ist verbindlich für alle Sozialleistungsträger. Fragestellungen, Verfahren und Vordruck zur Feststellung des Leistungsvermögens sind identisch mit jenen bei einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente, allein die Bestimmung des Leistungsfalls entfällt, da in der Grundsicherung nicht der tatsächliche Leistungsfall, sondern der Zeitpunkt der Antragstellung auf Grundsicherungsleistungen entscheidend ist.

Gutachten durch den Beratungsärztlichen Dienst

Die Ausermittlung medizinischer Sachverhalte spielt eine große Rolle, um den Versicherten mit ihren Anliegen gerecht werden zu können. Deshalb können die zuständigen Ärzt_innen im Beratungsärztlichen Dienst (BÄD) weitere Beiziehungen veranlassen, wenn ihnen nach Sichtung der Unterlagen eine Stellungnahme nach Aktenlage noch nicht möglich ist und sich Hinweise auf weitere relevante Befunde ergeben.

Beim Aktenstudium geht es darum, sich auf der Grundlage der einzelnen Befunde ein Gesamtbild über die Leistungsfähigkeit bzw. mögliche Einschränkungen der oder des Versicherten zu machen. Neben den medizinischen Unterlagen wird hierfür beispielsweise auch auf eine mögliche Arbeitsunfähigkeit und deren Beginn geachtet.

Stellungnahmen nach Aktenlagen werden nur vorgenommen, wenn die medizinischen Unterlagen ausreichen. Dazu müssen Befunde und Gutachten vorliegen, und die verschiedenen Unterlagen müssen in ihrer Aussagerichtung widerspruchsfrei sein.

„Man kann es auch nach Aktenlage machen, aber da muss man sich schon sehr, sehr sicher sein, um dem Versicherten auch gerecht zu werden. Das ist vielleicht auch so eine Philosophie, die ein Träger hat. Nach Aktenlage ablehnen, das ist selten, das machen wir in der Regel nicht. [...] Wenn wir sagen, jemand kann nach Aktenlage noch arbeiten, sechs Stunden und mehr, z.B. leichte Arbeiten verrichten, dann haben wir in der Regel ein Gutachten eines anderen Trägers, bei dem er schon untersucht worden ist [...], wo ein Leistungsbild festgestellt wurde, dann wurde er schon mal gesehen. Und dann haben wir noch unsere Befundberichte. Alles, was wir noch so ergänzend beiziehen können, vielleicht noch einen Reha-Entlassbericht, dort wurde ja auch jemand gesehen. Und dann sagen wir nach Aktenlage, das alles ist so stimmig, dass wir auch sagen, wir brauchen in diesem Fall jetzt keine persönliche Untersuchung und Befragung“ (125RV, 181–183).

Mit dieser umfangreichen Befundlage als Grundlage für eine Entscheidung nach Aktenlage wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Entscheidungen dieser Art immer auf Einschätzungen anderer basieren und deren Aussagekraft letztlich nicht abschließend beurteilt werden kann. „Wenn Sie ein Gutachten haben, dann können Sie zwar gucken, ob das Gutachten in sich schlüssig ist, aber Sie können nicht sagen, ob die Befunde sauber erhoben wurden, ist die Befundlage richtig. Wenn Sie aber mehrere Unterlagen, zwei Gutachten verschiedener Träger, noch die Befundberichte der behandelnden Ärzte, noch aus dem Krankenhaus etwa haben, dann sehen Sie die Befunde, aha, die stimmen überein oder es gab eine Entwicklung, und dann können Sie nach Aktenlage entscheiden“ (126RV, 258). Nach Einschätzung einiger Interviewpartner_innen werden im Ausgangsverfahren zwischenzeitlich relativ viele Anträge nach Aktenlage entschieden. Dies wird auch mit einer verbesserten Befundlage seit Einrichtung der medizinischen Steuerstelle erklärt.

Ist auch nach den weiteren Beziehungen auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen eine abschließende Stellungnahme *nicht* möglich, wird eine für die oder den Versicherten wohnortnahe Untersuchungsstelle mit einer Begutachtung beauftragt. Typische Anlässe für Begutachtungen sind Multimorbidität, bei der die einzelnen, in der Regel fachbezogenen Befunde keine sozialmedizinische Gesamtbeurteilung erlauben, sowie Fälle, bei denen eine Aktenlageentscheidung eine Erwerbsminderung verneinen würde und zugleich der Fall nicht eindeutig genug im Sinne der Ärzt_innen ist.

Gutachten durch die Untersuchungsstelle

Erhält die Untersuchungsstelle den Auftrag für eine Begutachtung, wird nach der Prüfung der medizinischen Unterlagen und der Zuweisung des Falles an die entsprechende Ärztin oder den Arzt die oder der Versicherte zur Begutachtung eingeladen.

Die Begutachtung ist versichertensensibel angelegt. Das beginnt mit der Lage und Ausstattung der Untersuchungsstelle. In der an der vorliegenden Untersuchung beteiligten Untersuchungsstelle liegt der versichertenrelevante Bereich im Erdgeschoss, primär wegen der Zugänglichkeit, sekundär aber auch aus Rücksichtnahme auf Versicherte mit Höhenangst. Das Umfeld einschließlich des Wartezimmers ist beruhigend gestaltet, um Versicherten mit Angststörungen entgegenzukommen. Die Terminplanung erfolgt in einer Weise, dass in der Begutachtungssituation kein Zeitdruck entsteht, was bei psychiatrischen Erkrankungen zu einer reduzierten Zahl von Begutachtungen je Arbeitstag führt. Dies wird mit dem zusätzlichen Zeitaufwand für die biografische Anamnese sowie der besonderen Erhebungssituation begründet.

„Es werden so zwischen drei und vier Begutachtungen durchgeführt. Im psychiatrischen Bereich bleiben wir bei drei, weil es ziemlich ausgedehnt ist, die psychiatrische Begutachtung, weil die biografische Anamnese, also Kindheit, Entwicklung, familiäre Situation, das erfordert Zeit, und es ist so, dass auch gerade die psychiatrischen Fälle/das ist nicht so einfach. Man kann sich da nicht so unterhalten, wie wir das jetzt tun, mit der Sachlichkeit und auf den Punkt kommen, sondern es gibt da eine krankheitsbedingte Situation, dass Leute erstmal schweigen, zwischendurch mal weinen oder sich auch umdrehen, gar nichts sagen. Das muss man alles berücksichtigen, und deshalb sind wir da etwas zeitlich gebunden. Manchmal, wenn schwierige Fälle kommen, bleibt es auch bei zwei, um dem Einzelnen gerecht zu sein“ (133RV, 56).

Neben den Räumlichkeiten und der Terminplanung wird auch der Einstieg in die Begutachtung versichertensensibel gestaltet. Aus Sicht eines Interviewpartners ist die Begutachtungssituation auch für Versicherte ohne psychiatrische Erkrankung belastend und verunsichernd, weshalb er sie grundsätzlich mit vertrauten Gesprächsanlässen über die Anreise und das Befinden beginnt. „Sie müssen sich vorstellen, Sie müssen erst Eis brechen kommunikativ. Manche Kunden sind ängstlich und so weiter. Sie müssen eine Beziehung herstellen, und das geht durch Nebenschauplätze“ (133RV, 10).

Die Begutachtung erfolgt zwar vor dem Hintergrund der vorliegenden Befundunterlagen, es wird aber anders als bei beauftragten Fachgutachten der Mensch mit seiner gesamten Leidensproblematik in den Blick genommen. Hintergrund ist, dass es sich bei den für eine Begutachtung zugewiese-

nen Versicherten in der Regel um multimorbide Fälle handelt, die einer sozialmedizinischen Gesamtbetrachtung zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit bedürfen. Die Versicherten, die zur Begutachtung eingeladen werden, kommen mit durchschnittlich fünf Diagnosen. Eine diagnosespezifische Betrachtung der einzelnen Befunde reicht dann nicht mehr aus, weil möglicherweise erst durch ihre Kumulation eine Erwerbsminderung entsteht.

Sollten im Rahmen der Begutachtung medizinische Sachverhalte offenkundig werden, die in den vorliegenden Befunden nicht dokumentiert sind, wird auch hier noch Sachaufklärung „im Sinne des Antragstellers“ (133RV, 26) betrieben. Dabei kann sich durch die Begutachtung das persönliche Bild im Vergleich zu den Unterlagen vollständig verändern, und das ist „nicht die Ausnahme, ganz bestimmt nicht“ (133RV, 39). Bei den Ermittlungen kann es sich um die Beiziehung weiterer Befunde handeln, aber auch um zusätzliche Diagnostik, auch durch Externe, beispielsweise für die Anfertigung von Röntgenaufnahmen. Die Beauftragung eines Fachgutachtens mit einer fachbezogenen Einschätzung der Leistungsfähigkeit ist ebenfalls möglich. Dies ist beispielsweise dann erforderlich, wenn in der Begutachtung zwar der Sachverhalt erkannt wird, eine Prognose hinsichtlich der typischen Entwicklung aber mangels fachbezogener Kompetenz nicht gegeben werden kann. Es wird solange ermittelt, bis alle Unklarheiten beseitigt sind und eine Stellungnahme zweifelsfrei möglich ist.

Sollten im Rahmen der Begutachtung medizinische Erkenntnisse zutage treten, die die Notwendigkeit einer Behandlung indizieren, werden die oder der Versicherte und mit deren Zustimmung auch deren Hausarzt_in informiert, damit entsprechende Schritte eingeleitet werden können, denn „wir sind ja in erster Linie auch Ärzte, das darf man nicht vergessen, und haben auch eine Fürsorge da für die Leute, die wir sehen“ (133RV, 32). Hier wird deutlich, dass die Ärzt_innen sich weiterhin dem medizinischen Ethos verpflichtet fühlen, auch wenn sie in ihrer Funktion als Gutachter_innen nicht mehr kurativ tätig sind.

Stellungnahme zum Leistungsvermögen

Die abschließende Stellungnahme, das sozialmedizinische Gesamtgutachten, wird unter Würdigung *aller* vorliegenden Befunde von den Ärzt_innen des BÄD bzw. der Untersuchungsstelle verfasst. Dabei stellen sich dem Laien vor allem zwei Fragen: (1) Welcher Maßstab wird angelegt, um das Leistungsvermögen einzuschätzen, insbesondere im Hinblick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt? (2) Wie wird aus den medizinischen Befunden eine Aussage zum quantitativen Leistungsvermögen in Form der gesetzlich vorgegebenen Zeit-

fenster „unter drei Stunden“, „drei bis unter sechs Stunden“ und „sechs und mehr Stunden“? Bei der Beantwortung dieser Fragen zeigt sich, dass die Feststellung des Leistungsvermögens ein außerordentlich komplexer Vorgang ist, der nur begrenzt objektivierbar ist und erfahrungsbasierter Heuristiken bedarf, um eine sachgerechte Einschätzung vornehmen zu können. Die medizinischen Leitlinien sind hierbei ein wichtiges Instrument, da sie Angebote zur Korrelation von medizinischen Befunden und Leistungsbild machen (s. o.) und so zu einer Vereinheitlichung bei der Beantwortung dieser Frage beitragen, sie können den gutachterlich tätigen Ärzt_innen aber nicht die Gesamteinschätzung im konkreten und komplexen Fall abnehmen.

Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens

Die Frage nach dem Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens geht von der Annahme aus, dass die Fähigkeiten der oder des Versicherten an dem Anforderungsprofil einer konkreten Tätigkeit gemessen und beurteilt werden. Während dies bezogen auf die letzte berufliche Tätigkeit als relativ unproblematisch angenommen werden kann, erscheint der „allgemeine Arbeitsmarkt“ zu unkonkret hierfür, sodass eine bestimmte Tätigkeit ins Auge gefasst werden müsste, beispielsweise der vielfach kolportierte „Pförtner“. In der medizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist ein konkretes berufliches Anforderungsprofil jedoch nicht notwendig, da die Leistungsfähigkeit nicht derart gemessen, sondern unabhängig davon das Leistungsvermögen einschließlich der Einschränkungen festgestellt und beschrieben wird. Die Übersetzung in eine konkrete Tätigkeit ist den nachfolgenden, mit dem Fall befassten Expert_innen, beispielsweise der Arbeitsmedizin oder der Arbeitsverwaltung, vorbehalten. Einer der Interviewpartner hat dies sehr anschaulich und auch für Laien verständlich beschrieben:

„Nein, ich brauche nicht das konkrete Anforderungsprofil, weil ich erstelle ein positives und ein negatives Leistungsvermögen. Das könnte so aussehen: Ich habe jemand, ich bleibe mal bei den praktischen Dingen, die physikalisch begreifbar sind. Jemand hat Wirbelsäulenbeschwerden. Dann erstelle ich ein Leistungsbild, das dann so aussieht, dass er aufgrund dieser Veränderungen – angenommen, er habe jetzt nur *eine* Veränderung – keine schweren Hebe- und Tragebelastungen durchführen kann. Dass er, je nachdem wie das ist, keine Tätigkeiten mit Rüttel- und Stoßbelastung der Wirbelsäule, wenn die Zwischenwirbelscheiben, die zwischen den Wirbeln sind – die schützen uns, sonst würden wir jeden Schritt im Kopf spüren –, wenn die weniger werden und kaputt gehen, sage ich jetzt mal journalistisch, dann spürt man das und das schmerzt und das greift auf Nerven über, gut. Das könnte er dann nicht tun, keine Hebe- und Tragebelastung, keine Schüttel-, keine Rüttelbelastungen, keine überwiegende Dreh- und Kantenbeweglichkeit, d. h. Pakete von da nach

da bei einem Großhändler, das könnte er nicht. Wäre das im HWS-Bereich, keine Arbeiten, die über Kopf sind. Der Kfz-Mechaniker, der kann das ja nicht, weil der an der Bühne ist, so. Bleiben wir mal bei diesen Einschränkungen, dann kann ich aber sagen, dass er andererseits Tätigkeiten ausüben kann. Ich habe zwar gesagt, keine Über-Kopf-Arbeiten, aber einzelne Regalgriffe sind möglich, Bürotätigkeiten, wo man mal so greifen kann, das macht nichts. Aber so jetzt, das geht nicht. Und es wären Tätigkeiten, was wichtig ist, im Wechsel der Körperhaltung. Mal sitzen oder mal stehen, gehen mit der Möglichkeit auch zu sitzen. Das überwiegende Sitzen wäre dafür jetzt auch nicht gut, so. Und dann wird punktuell beim Leistungsvermögen kreierte und dann kann geguckt werden, der Arbeitsvermittler oder der Berufskundler oder Arbeitsmediziner, wie auch immer, der kann dann sagen, unter Ausschluss dieser Kriterien könnte er so eine Tätigkeit machen. Dabei orientiere ich mich nicht daran, danach bin ich nicht gefragt, ob es diesen Arbeitsplatz tatsächlich gibt. Das ist nicht mein Auftrag. Und so dreht sich das andersherum. Ich muss nicht das Anforderungsprofil haben, sondern ich erstelle, designe quasi mit Ausschlusskriterien eine Tätigkeit“ (133RV, 139).

Transformation der medizinischen Befunde in ein quantitatives Leistungsvermögen

Für die Übersetzung der medizinischen Befunde in ein quantitatives Leistungsvermögen entlang der gesetzlich definierten Zeitfenster gibt es keinen Rechenschieber. Zwar ist in den sozialmedizinischen Leitlinien zu den verschiedensten Erkrankungen festgelegt, wie körperlicher Befund und Leistungsbild korrelieren, und es gibt auch Möglichkeiten, bestimmte Erkrankungen in ihrem Ausmaß zu vermessen, beispielsweise die Lungen- oder Herzleistung, sobald es sich aber um komplexere Erkrankungsbilder und deren Prognose handelt, wird die Einschätzung der Leistungsfähigkeit ebenfalls zu einem komplexen Vorgang. Auch dies hat der Interviewpartner sehr anschaulich beschrieben:

„Aus ärztlicher Sicht ist das schwierig, sich da den juristischen Marginalien unterzuordnen, [...] man sieht jemanden, man prüft die Befunde, die vorliegen. Man macht ja auch eine Anamneseerhebung und guckt, wie ist der unterwegs, wie bewegt er sich, welche Freizeitgestaltung, es kommt ein Wuchs dazu, sodass wir hier im Gesamtaspekt, die gesamte Persönlichkeit sehen und daraus entwickelt sich dann eine Leistungsfähigkeit, die auch quantitativ zu fassen ist. Ich kann das jetzt nicht vorrechnen, ich könnte jetzt Beispiele bringen. Wenn z.B. jemand eine Wirbelsäulenveränderung hat mit den und den Veränderungen, nach den und den Operationen, dann ist die Belastungsfähigkeit dieses Achsenskeletts mit den muskulären Problemen, die dann zusammenhängen, ist leitliniengetreu so zu fassen, dass bei den Veränderungen man sagen kann, hier sind noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich mit

kompensatorischen Einschränkungen, sagen wir mal, Hebe- und Tragebelastung [...]. Und der könnte dann noch vollschichtig tätig sein. Sowas haben wir in Leitlinien [...]. Da kann man sich daran orientieren. Wenn z.B. diese Veränderung im Wirbelsäulenbereich unten ist, ist es etwas einfacher, als wenn die im Halsbereich ist, wenn das versteift ist, und das Blickfeld und beim Autofahren oder im Verkehr, in der Orientierung diese Dinge kommen dazu und dann fällt alleine aus diesen Gründen schon eine vollschichtige Tätigkeit aus, wenn man das gezielt nachweisen kann und man sieht die Funktionalität. Wenn jetzt derjenige, der das vielleicht in diesem Bereich hat, aber dann noch andere Erkrankungen noch dazu hat, die das noch additiv verschlechtern und potenzieren, vielleicht durch eine Atemwegserkrankung, der kann ohnehin schon schlecht laufen, und dann noch nach 200 Meter schon mal keine Luft mehr kriegt oder so etwas, das sind dann Kriterien, die dann dazukommen. Und dazu muss man dann endlich mal denjenigen fragen, beobachten, untersuchen, seine Unterlagen kennen und das ist dann ein Gesamtwerk. Ich kann Ihnen also jetzt nicht, um diese Frage nochmal zu beantworten, eine Maßkala geben, wie das funktioniert“ (133RV, 111).

Auch wenn die Versicherten in der Begutachtung nach den Gründen der Antragstellung sowie ihren beruflichen Vorstellungen gefragt werden, spielt ihre Einschätzung über die eigene Leistungsfähigkeit bei der Beurteilung keinerlei Rolle, wie ein Interviewpartner nachdrücklich betonte. „Nein, nein, das geht nicht. Das muss man ganz strikt trennen, weil die Einschätzung des Leistungsvermögens ist ausschließlich die Leidenssituation mit den Gesundheitsstörungen und den notwendigen Einschränkungen, und dann da Kompromisse jetzt zu machen und da/das, das, das geht gar nicht“ (133RV, 146). Die zukunftsbezogenen Vorstellungen der Versicherten bleiben jedoch nicht gänzlich unbeachtet. Äußern sie beruflich bezogene Zukunftspläne, wird dies in den Unterlagen vermerkt, auch wenn dies nicht zu den Aufgaben der Ärzt_innen gehört. Insbesondere unter den von anderen Sozialleistungsträgern aufgeforderten Antragstellenden sind aus der Erfahrung eines Interviewpartners immer wieder Versicherte, die weiter erwerbstätig bleiben und nicht in eine Erwerbsminderungsrente „abgeschoben“ werden wollen.

Sozialrechtliche Entscheidung in der Leistungsabteilung

Die Stellungnahmen des BÄD bzw. der Untersuchungsstelle gehen an die Gruppenleitungen in der Leistungsabteilung zurück. Diese bereiten die Entscheidung der Referent_innen vor, indem sie alle entscheidungsrelevanten Informationen in einen Vorlagebogen eintragen. Der Vorlagebogen enthält insbesondere das Ergebnis der Prüfungen der versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen und Angaben zum möglichen Leistungsfall, insbesondere Angaben zum Tag der Antragstellung sowie ggf. zum Beginn

einer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit. Darüber hinaus werden beispielsweise Angaben zum Antrags hintergrund, so zu einer Antragstellung nach Aufforderung oder zu einem Umdeutungsbegehren nach § 116 SGB VI, gemacht. Der Vorlagebogen sowie die Unterlagen zu den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und zum Leistungsvermögen werden zunächst durch die Abschnittsleitung geprüft, bevor sie der Referentin bzw. dem Referenten zur weiteren Prüfung und Entscheidung vorgelegt werden. Auf beiden Ebenen erfolgt eine Prüfung der Unterlagen und der Entscheidungsvorbereitung auf Richtigkeit und Stimmigkeit. Auch wenn die Beschäftigten der Leistungsabteilung keine Mediziner_innen sind, so wird die Stellungnahme des SMD und dessen Einschätzung zur Leistungsfähigkeit nicht unbesehen übernommen, sondern beispielsweise die Feststellung zur Dauer einer Erwerbsminderung, aber auch zum Vorliegen einer Erwerbsminderung generell geprüft. Die Leistungsabteilung folgt im Regelfall der Stellungnahme des SMD, gelegentlich wird die Bewilligung einer Zeit- statt einer Dauerrente für angemessen gehalten oder eine Erwerbsminderung bejaht (statt verneint) angesichts der vielfältigen Tätigkeitsbeschränkungen, die der SMD ausgesprochen hat. Zwar kann bei abweichenden Einschätzungen Rücksprache mit dem SMD genommen werden, eine Verständigung auf eine einheitliche Sichtweise sowie eine Abänderung der Stellungnahme sind für eine anderslautende Entscheidung seitens der Leistungsabteilung aber nicht erforderlich. Dies verweist auf die Autonomie der Leistungsabteilung bei der sozialrechtlichen Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente und entspricht dem Selbstverständnis der Verfahrensbeteiligten hier und komplementär auch im SMD. In den Interviews wurde in beiden Abteilungen durchgängig und nachdrücklich die Stellungnahme der Ärzt_innen als „Empfehlung“ betont, während die sozialrechtliche Entscheidung allein den Jurist_innen obliege.

„Also das ist ja die Stellungnahme, das ist nicht die Entscheidung. Das muss man ganz klar sagen. Der Entscheider ist ganz klar, sage ich mal, in dem Moment bin ich das dann oder es ist der Jurist. Also es ist, es ist eine Stellungnahme, die wird nicht stumpf übernommen. Also so sollte es auf jeden Fall nicht sein, nein.“ (127RV, 111). Und in den Worten eines anderen Mediziners: „Das ist dann schon so, dass man ein Feedback bekommt von dem Juristen, für den es ja ist. Der ist ja der Auftraggeber, unser Auftraggeber. Wir geben ja nur eine Stellungnahme ab, sind beratend tätig“ (125RV, 242).

Von der Leistungsabteilung werden auch mögliche Umdeutungserfordernisse in beiderlei Richtungen – Reha vor Rente sowie Rente nach oder statt Reha – sowie die Umwandlung einer Teil- in eine volle Erwerbsminderungs-

rente aufgrund eines verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes geprüft. Dabei wird die Verschlossenheit nicht individuell geprüft, sondern standardmäßig unterstellt bei Arbeitslosigkeit sowie bei Arbeitsunfähigkeit, sofern die Versicherten nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen. Andernfalls wird der Arbeitgeber angefragt hinsichtlich der Möglichkeit, einen Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung zu stellen. Während für die Vorbereitung der Referentenentscheidung viele Prüfungen bereits durch die Gruppen- oder Abschnitsleitungen durchgeführt werden, gilt die Prüfung der Voraussetzungen für eine BU-Rente als so anspruchsvoll, insbesondere hinsichtlich zumutbarer Verweisungstätigkeiten, dass sie den Referent_innen vorbehalten ist.

Ihre abschließende Entscheidung über den Erwerbsminderungsrentenantrag wird von den Abschnitsleitungen verwaltungsmäßig bearbeitet, insbesondere das Versichertenkonto gepflegt, bei einer Bewilligung die Rentenhöhe berechnet und der Bescheid erstellt. Wurde der Antrag nach einer Aufforderung durch die Arbeitsagentur gestellt, erhält diese eine Kopie des Bescheids.

Besonderheiten

Für den Verfahrenslauf spielt der Antragshintergrund, d. h. ob der Antrag eigeninitiativ oder nach Aufforderung gestellt wurde, keine Rolle. Dies gilt im Grundsatz auch bei möglichen Umdeutungen; unabhängig vom Antragshintergrund werden Umdeutungserfordernisse in jedem Antrag auf Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente geprüft. Unterschiede im Ablauf sowie im Ergebnis bestehen jedoch in folgenden Fällen:

- Reha vor Rente: Wird im Rahmen eines Erwerbsminderungsrentenverfahrens eine Rehabilitation angeregt und durchgeführt, ruht das Rentenverfahren bis zum Abschluss der Rehabilitation. Mit dem Reha-Entlassbericht gibt die Klinik eine Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit der oder des Versicherten ab, die wesentliche Grundlage für die Feststellung der Leistungsfähigkeit durch den SMD ist.
- Rente nach Reha: Entscheidungen über Reha-Anträge sind im Regelfall nicht Gegenstand der Arbeit der Referent_innen; sie werden direkt vom BÄD oder der Einweisungsstelle entschieden. Wird jedoch im Reha-Entlassbericht eine Leistungsfähigkeit von unter sechs Stunden angegeben und damit eine Erwerbsminderung indiziert, ist es Aufgabe der Referent_innen, über eine Umdeutung des ursprünglichen Reha-Antrages in einen Rentenantrag zu entscheiden. Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, werden die Versicherten seitens der Rentenversicherung aufgefordert, einen Antrag zu stellen.

Kommen sie dem nicht nach, beispielsweise weil sie keine Erwerbsminderungsrente haben wollen, kann die Rentenversicherung gegen ihren Willen keine Rente bewilligen, da hier Antragspflicht besteht. Anders ist dies, wenn der Reha-Antrag nach Aufforderung durch einen anderen Sozialleistungsträger erfolgte. In diesen Fällen ist den Versicherten das Dispositionsrecht entzogen und sie müssen sich zur Abwendung einer Erwerbsminderungsrente mit dem Sozialleistungsträger auseinandersetzen, der sie zu Reha-Antragstellung aufgefordert hatte.

Weiterbewilligungsverfahren

Ein Weiterbewilligungsantrag durchläuft vom Grundsatz her dasselbe Verfahren wie ein Erstantrag. Der SMD wird jedoch nur in jenen Fällen beteiligt, in denen die Befristung aus medizinischen Gründen erfolgte; in diesen Fällen wird kein „vereinfachtes“ Verfahren, sondern das reguläre Procedere zur Prüfung der Leistungsfähigkeit durchgeführt. Die Beteiligung des SMD ist nicht erforderlich bei arbeitsmarktbedingten vollen Erwerbsminderungsrenten, die allein für den arbeitsmarktbezogenen Rententeil befristet sind. Dass kein Weiterbewilligungsantrag gestellt oder Erwerbsminderungsrenten vor Ablauf der Befristung wegen Arbeitsaufnahme von einer Voll- auf eine Teilrente zurückgestuft werden oder gänzlich auf sie verzichtet wird, kommt gelegentlich vor, aber aus Sicht der Interviewpartner_innen sind die Versicherten im Regelfall an einer vollen und dauerhaften Erwerbsminderungsrente interessiert.

Widerspruchsverfahren

Sind die Versicherten mit der Entscheidung der Rentenversicherung nicht einverstanden, können sie Widerspruch einlegen. Typischer Anlass ist die Ablehnung einer Erwerbsminderungsrente, aber auch die Bewilligung einer Zeit- statt einer Dauerrente sowie einer Teil- statt einer Vollrente rufen Widersprüche hervor.

Die Bearbeitung von Widersprüchen erfolgt im Regelfall durch dieselben Personen, sowohl in der Leistungsabteilung als auch im SMD, wie im Ausgangsverfahren. Widersprüche in Erwerbsminderungsrentenverfahren werden direkt den zuständigen Abschnitsleitungen, ohne Vorbereitung durch die Gruppenleitungen vorgelegt (Widersprüche gegen Reha-Entscheidungen werden von einer anderen Abteilung bearbeitet). Werden in der Widerspruchsbegründung keine Sachverhalte genannt, die neue Prüfungen erforderlich machen, werden die Widersprüche direkt, d. h. ohne weitere Beteiligung des SMD oder des Widerspruchsausschusses, abgelehnt. Im Regelfall

werden jedoch medizinische Argumente vorgebracht; in diesen Fällen ist auch der SMD wieder zu beteiligen. Erfolgt der Widerspruch durch die Versicherten selbst ohne Beteiligung eines Rechtsbeistandes, nehmen sie eher Bezug auf die Einschränkungen ihrer Alltagskompetenzen in Folge der Erkrankung; Rechtsbeistände hingegen zweifeln eher die Einschätzungen der Gutachten und Stellungnahmen an, die sie sich zur Vorbereitung der Widerspruchsbegründung haben zusenden lassen. Sie geben auch umfangreiche Hinweise auf weitere Ärzt_innen oder Kliniken und fügen medizinische Unterlagen bei, sodass medizinische Ermittlungen seitens der Rentenversicherung im Regelfall in geringerem Umfang durchgeführt werden müssen als in Widerspruchsfällen ohne Rechtsbeistand. Erste Ermittlungen werden von den Abschnittsleitungen durchgeführt, weitere ggf. nach Auftrag des SMD. Das Verfahren läuft vergleichbar dem Ausgangsverfahren mit der Ausnahme, dass im Falle damaliger Aktenlagenentscheidungen im Widerspruchsverfahren nun in jedem Fall eine persönliche Begutachtung veranlasst wird. Dabei wird auch auf mögliche Veränderungen, insbesondere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes seit der Antragstellung, geachtet. Auf der Grundlage der Stellungnahme des SMD wird von der Abschnittsleitung eine Entscheidungsvorlage einschließlich eines Entscheidungsvorschlages für die Referentin bzw. den Referenten erstellt. Meist bleibt es bei der im Ausgangsverfahren getroffenen Entscheidung; kommt es zu einer Abhilfe, liegt dem häufig eine veränderte Leistungseinschätzung in Folge einer veränderten Kenntnislage – durch die erstmalige Begutachtung oder die Beteiligung weiterer medizinischer Disziplinen – oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der oder des Versicherten zugrunde.

Wird dem Widerspruch abgeholfen, d. h. wird ihm verwaltungsseitig stattgegeben, erhält die oder der Versicherte einen entsprechenden Widerspruchsbescheid; wird ihm nicht abgeholfen, geht der Fall an den Widerspruchsausschuss. Hierüber werden die Versicherten informiert mit dem Hinweis, dass mit einer Entscheidung in sechs bis acht Wochen zu rechnen ist. Vorbereitend für die Arbeit des Widerspruchsausschusses fertigt die Abschnittsleitung den ablehnenden Abhilfebescheid an, so wie er aus Sicht der Verwaltung erfolgen müsste. Dies wird als anspruchsvolle Aufgabe angesehen aufgrund der formalen und inhaltlichen Anforderungen, aber auch der eigenen Maßstäbe in der Rentenversicherung West. „Also, das ist schon substantiiert, und da legen wir auch hohen Wert drauf“ (128RV, 591). Der Widerspruchsbescheid wird von der Referentin bzw. dem Referenten geprüft und dem Widerspruchsausschuss mit den entsprechenden Unterlagen vorgelegt. Der Fall wird dort auch persönlich durch eine Juristin oder einen Juristen vorgetragen, aufgrund des

Steuerungsmodus der Fälle zu den Widerspruchsausschüssen ist dies aber in der Regel nicht die Referentin oder der Referent, die oder der den Fall entschieden hatte. In aller Regel folgt der Widerspruchsausschuss dem Verwaltungsvorschlag; gelegentlich werden noch Unterlagen angefordert oder die Empfehlung ausgesprochen, eine Reha-Maßnahme anzubieten. Die Entscheidung des Widerspruchsausschusses ist für die Verwaltung bindend und wird durch die Abschnittsleitung verwaltungsmäßig umgesetzt.

Klageverfahren

Erheben Versicherte Klage gegen den Widerspruchsbescheid – ganz überwiegender Anlass ist die Ablehnung einer Erwerbsminderungsrente – ist das Gericht „Herr des Verfahrens“, d. h. die Rentenversicherung hat keinen Einfluss mehr auf das Verfahren an sich, sondern kann nur auf die Anforderungen des Gerichts reagieren. In der Regel werden der Rentenversicherung bzw. dem SMD neue Befundberichte oder Gutachten zur Stellungnahme vorgelegt. Dabei handelt es sich meist um Gerichtsgutachten, selten um versichertenseitig beauftragte Gutachten. Diese werden im Regelfall von den bereits im Ausgangs- und Widerspruchsverfahren zuständigen Ärzt_innen geprüft unter der Fragestellung, ob die damals getroffene Leistungseinschätzung aufgrund der neuen Unterlagen zu revidieren ist. Beharrt der SMD auf seiner ursprünglichen Leistungseinschätzung, wird die Abweisung der Klage beantragt; kommt er zu einer anderen Leistungseinschätzung, wird der oder dem Versicherten ein Angebot unterbreitet. Dabei kann es sich um die Bewilligung der Erwerbsminderungsrente ab Antragstellung handeln, u. U. als Zeit- statt der geforderten Dauerrente, oder zu einem späteren Zeitpunkt, sollte sich der Gesundheitszustand der oder des Versicherten erst im Verfahrensverlauf zu einer rentenrechtlich relevanten Erwerbsminderung verschlechtert haben. Die Sachbearbeitung im Rahmen des Klageverfahrens wird in der Leistungsabteilung von der oder dem Zuständigen für Streitverfahren vorbereitet, die Entscheidung über mögliche Angebote oder Vergleiche obliegt der Referentin bzw. dem Referenten.

Interaktion zwischen Leistungsabteilung und SMD innerhalb der Rentenversicherung

Die Interaktion zwischen Leistungsabteilung und SMD erfolgt im Regelfall formalisiert entlang der Gutachtenaufträge. Individuelle Kontakte entstehen vornehmlich fallbezogen durch Rückfragen der Leistungsabteilung an den SMD im Zusammenhang mit dessen Leistungseinschätzung und erfolgen auf schriftlichem oder persönlichem Weg. Rücksprachen kommen insgesamt

eher selten vor; die Gutachten werden von der Leistungsabteilung als gut nachvollziehbar beschrieben, sodass ihnen in der Regel ohne Rücksprache gefolgt werden kann. Als mögliche Anlässe für Rücksprachen werden zum einen Schlussfolgerungen des SMD genannt, die die Leistungsabteilung vor dem Hintergrund der dargelegten medizinischen Sachverhalte noch einmal abklären möchte, beispielsweise eine festgestellte Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig vielfältigen Tätigkeitseinschränkungen. Zum anderen handelt es sich um Rückversicherungen nach Auftauchen neuer Aspekte in der Leistungsakte, die dem SMD nicht bekannt waren, weil ihm diese Akte nicht vorliegt; dies kann beispielsweise ein Hinweis auf einen früheren Leistungsfall sein, der nun „auf kurzem Weg“ mit dem SMD abgeklärt wird.

Die Zusammenarbeit wird als eingespielt und gut beschrieben. Rückfragen dieser Art werden beiderseits nicht als Angriff auf die medizinische Autorität bewertet. Die Leistungsabteilung ist sich sehr bewusst darüber, dass sie keine medizinische Fachkompetenz besitzt; zugleich werden den Sachbearbeiter_innen vonseiten des SMD erfahrungsbasierte Kenntnisse zugesprochen, die berechtigte Fragen aufwerfen können. Andererseits verfügt allein die Leistungsabteilung über die leistungsrechtliche Kompetenz zur Entscheidung über den Erwerbsminderungsrentenantrag und kennt die versicherungsrechtlichen Hintergründe, die neben den medizinischen Voraussetzungen relevant hierfür sind. Dies wird ebenfalls beiderseits hervorgehoben.

„Wir geben ja nur eine Stellungnahme ab, sind beratend tätig. Und wenn ihm das nicht nachvollziehbar erscheint, die haben ja auch eine gewisse Erfahrung, so wie die Richter auch beim Sozialgericht, dann wird er sich bei dem betreffenden Arzt melden. Oder das noch mal schriftlich niederlegen, bitte noch mal überprüfen unter Hinweis auf Blatt sowieso und da ist eine Diskrepanz, eine Unstimmigkeit“ (125RV, 242). – „Ich bin jetzt keine Medizinerin, ich kann mir nicht anmaßen, das jetzt medizinisch zu beurteilen. Bestimmte Sachen kann man schon lesen und man kennt auch Diagnosen und das, aber ich kann natürlich nicht/denn ich bin keine Medizinerin, da muss ich mich schon irgendwo, ja, darauf verlassen, aber die nehme ich natürlich erstmal an, die medizinische Stellungnahme. Und dann gucke ich aber immer nochmal rein, also die Entscheidung treffe ich letztendlich, sonst könnte der Arzt sie ja machen. Und das ist eben nicht“ (127RV, 114).

Die gute Zusammenarbeit ist sicher Folge der trennscharfen Aufgaben- und Verantwortungsteilung sowie des jeweiligen Professionsverständnisses unter Anerkennung der eigenen Kompetenzgrenzen. Darüber hinaus dürfte die personelle Kontinuität in der Bearbeitung von Versichertenangelegenheiten zwischen Referat und BÄD – für jedes Referat gibt es spezifische Ansprechpersonen im BÄD (s. o.) – dem sehr förderlich sein.

Interaktion zwischen Rentenversicherung und Versicherten

Auch die Interaktion zwischen Rentenversicherung und Antragstellenden erfolgt im Regelfall formalisiert und schriftlich entlang der Reha- oder Erwerbsminderungsrentenanträge.

Persönlicher Kontakt entsteht in der Leistungsabteilung durch die telefonische Nachfrage der Versicherten zum Sachstand ihres Antrages. Die Anforderungen im Umgang mit der Gruppe der sogenannten Angestellten, den ehemals BfA-Versicherten, werden von den Interviewpersonen als auffällig verschieden von ihrer typischen Klientel, den sogenannten Arbeitern, beschrieben. Im Verfahren um eine Erwerbsminderungsrente zeigt sich dies an den Unsicherheiten der Leistungsabteilung hinsichtlich zumutbarer Verweisungstätigkeiten im Zusammenhang mit einer BU-Rente (s.o.), sowie im direkten Kontakt hinsichtlich des Kommunikationsverhaltens der Versicherten.

„Die Mitarbeiter merken das schon, das ist ein anderes Klientel, diskussionsfreudiger am Telefon und solche Sachen. [...] Ja ja, das ist deutlich widerspruchsfreudiger. Also ich sag mal, unser Klientel, was wir vorher hatten [...] – es trifft jetzt nicht unbedingt die EMI-Rentensachen, aber wenn sie einen Reha-Bescheid haben, – die haben das deutlich häufiger akzeptiert als, sag ich mal jetzt, hier der Akademiker usw., der legt erstmal per se Widerspruch ein, wenn was abgelehnt worden ist. Das ist schon anders“ (121RV, 42–46).

Im SMD besteht persönlicher Kontakt zu den Versicherten nur in der Untersuchungsstelle im Rahmen der Begutachtung, hier dann auch face-to-face. Die Versicherten werden dabei als Personen wahrgenommen und anerkannt. Wie oben beschrieben, ist das Begutachtungssetting versichertensensibel gestaltet. Ihnen wird insofern eine aktive Rolle zugesprochen, als sie die Begutachtung nicht nur passiv erdulden sollen, sondern auch Auskunft beispielsweise zu ihren Leiden und ihren beruflichen Zukunftsvorstellungen geben sollen, auch wenn dies nicht in die Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit eingeht. Konflikte über möglicherweise unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit können hier nicht auftreten, da die Ärzt_innen hierzu keine Auskunft geben. Dies wird vor allem mit der zu diesem Zeitpunkt noch unabgeschlossenen medizinischen Ermittlung begründet. Erst im Anschluss an die Begutachtung erfolgt eine Gesamtschau *aller* vorliegenden Befunde und darauf gründend die abschließende Einschätzung zur Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus wird auf die mögliche Differenz zwischen sozialmedizinischer Stellungnahme und sozialrechtlicher Entscheidung sowie den vorrangigen Anspruch der Auftraggeberin des Gutachtens auf Information hingewiesen.

Interaktion zwischen Rentenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern

Es gibt zwei zentrale Anlässe für fallbezogene Interaktionen zwischen der Rentenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern: (1) Die Rentenversicherung tritt im Rahmen ihrer Ermittlungen zu einem Antrag auf Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente an andere Sozialleistungsträger heran und bittet um bestehende Gutachten. (2) Die Rentenversicherung bearbeitet Anträge von Versicherten, die nach Aufforderung durch einen anderen Sozialleistungsträger gestellt wurden und die Klärung der Leistungsfähigkeit und damit der Zuständigkeit unter den Sozialleistungsträgern zum Ziel haben. Während im ersten Fall die Zusammenarbeit als problemlos beschrieben wird, gibt es im zweiten Fall vielfach Konflikte. Diese entzündeten sich in aller Regel an unterschiedlichen Einschätzungen zur Leistungsfähigkeit einer oder eines Versicherten bzw. Leistungsbeziehenden. Dabei geht es nicht nur um Abweichungen *einer* Stufe innerhalb der dreistufigen Erwerbsminderungsskala, sondern nicht selten wird ein volles Leistungsvermögen seitens des SMD festgestellt, während der Ärztliche Dienst (ÄD) der Bundesagentur für Arbeit bzw. das Gesundheitsamt⁴⁹ eine vollständige Aufhebung des Leistungsvermögens sehen. Dies wird insbesondere auf unterschiedliche Gutachtenqualitäten und letztlich auf Umfang und Qualität der Sachaufklärung zurückgeführt. Dabei wird die Gutachtenqualität der verschiedenen Sozialleistungsträger bzw. ihrer medizinischen Dienste von den Interviewpersonen unterschiedlich bewertet.

Die Gutachten des ÄD werden mehrheitlich kritisch beurteilt, insbesondere wird eine Verschlechterung in den letzten Jahren beklagt. Dies wird jedoch nicht den einzelnen Ärzt_innen angelastet, sondern den Umständen der Gutachtenerstellung. Zum einen wird auf die geringeren Sachaufklärungsmöglichkeiten des ÄD im Vergleich zum SMD verwiesen.

„Da muss man aber dabei bedenken, dass der ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit und für die Jobcenter sehr kompetent arbeitet, aber die Sachaufklärungsmöglichkeiten sind eher nicht so, wie wir die haben. Zum Beispiel wenn der psychische Bereich jetzt gefordert ist. [...] Wir können dann nochmal

49 Der ÄD der Bundesagentur für Arbeit ist für die Arbeitsagenturen sowie die Jobcenter in gemeinsamer Trägerschaft tätig. Die Jobcenter in allein kommunaler Trägerschaft können auf die Dienstleistungen des ÄD nicht zugreifen. Sie haben entweder einen eigenen ärztlichen Dienst installiert und/oder beauftragt das Gesundheitsamt und/oder externe Gutachter_innen. Der Lesbarkeit halber werden der ÄD der BA und das Gesundheitsamt mit den beschriebenen Zuständigkeiten für Arbeitsagenturen und Jobcenter benannt.

einen Psychiater draufgucken lassen: Ist das wirklich so, ist der austherapiert, ist da eine Klinik gewesen, gibt es Einschränkungen oder Einschnitte in der Lebenslinie, gibt es einen Knick?“ (133RV, 166)

Zum anderen werden zunehmend kurze Gutachtenformate und Aktenlagen beklagt, was die Nachvollziehbarkeit der Leistungseinschätzung seitens der Rentenversicherung beeinträchtigt. Anders als der SMD unterliegt der ÄD der Bundesagentur für Arbeit einem Gutachtenbudget, das die Wahl der Gutachtenformate mitbestimmt (siehe Abschnitt 5.3.1). Dennoch wird die Qualität der ÄD-Gutachten als deutlich besser eingeschätzt im Vergleich zu den Gutachten jener Jobcenter, die auf andere medizinische Dienste zugreifen, weil sie in ihrem Format dem der Rentenversicherung weitgehend entsprechen und mit beiden Berichtsteilen – der Verwaltung und des ÄD – geliefert werden, während jene der anderen medizinischen Dienste nur den Verwaltungsteil enthalten und so das Ergebnis nicht nachvollziehbar ist. Eine Nachforderung des medizinischen Teils wird als häufig erfolglos beklagt, da eine Aushändigung verweigert würde unter Verweis auf handschriftliche Notizen.

Im Gegensatz zur Gutachtenqualität aus Arbeitsagenturen und Jobcentern werden MDK-Gutachten einvernehmlich als gut beschrieben. Hier wird eher das Vorgehen einiger Krankenkassen kritisiert, Reha-Anträge durch Aufforderung zu initiieren und deren Umdeutung in einen Erwerbsminderungsrentenantrag zu forcieren. Während die Einschätzungen hinsichtlich der Aufforderungsintensität variieren, wird einvernehmlich eine zunehmend frühzeitigere Aufforderung zur Antragstellung wahrgenommen. Zugleich wird mindestens „Gesprächsbedarf“ (129RV, 299) gesehen hinsichtlich des Nachdrucks, mit der manche Krankenkassen an die Rentenversicherung mit Umdeutungsbegehren herantreten. Hierfür werden im Wesentlichen fiskalische Motive, insbesondere die Reduktion der Krankengeldbezugsdauer angenommen, und dies dem Druck in Folge des Krankenkassenwettbewerbs zugeschrieben.

„Vor etlichen Jahren war der Krankengeldbezug dann doch ein Jahr oder zwei Jahre. Heute sind die Krankenkassen deutlich schneller dabei, zu sagen: ‚Du bist jetzt seit zwei Monaten im Krankengeldbezug – was ist mit dir? Können wir dir helfen, indem du mal zur Reha gehst? Komm mal bitte und lasse dich untersuchen, oder gehe mal zur Rentenversicherung und stelle einen Antrag‘, und fordern ihn auf. Der Aufforderung muss der Versicherte ja nachkommen. Das hat der Gesetzgeber vorgegeben. Wie gesagt: Die Lage hat sich in dem Sinne nicht geändert, nur man macht eher in der Praxis davon Gebrauch, einen Versicherten aufzufordern. Das ist der finanziellen Situation geschuldet: Ersparnis. Denn wenn es zur Rentenbewilligung kommt, oder wenn wir eine Reha durchführen, geht das ja zu unseren Lasten, der Rentenversicherung, nicht zulasten des Krankenversicherungsträgers“ (129RV, 299–301).

Darüber hinaus wird die Vermeidung oder Verkürzung des Erstattungszeitraumes im Falle einer rentenrechtlich relevanten Erwerbsminderung vermutet, da der Erstattungsanspruch gegenüber der Rentenversicherung auf die Höhe der bewilligten Erwerbsminderungsrente begrenzt ist. Diese ist in der Regel niedriger als das Krankengeld. Die Differenz geht zulasten der Krankenkassen, da auch gegenüber den Versicherten kein Erstattungsanspruch besteht.

Eine zunehmend frühzeitige Antragsaufforderung wird z. T. auch seitens der Arbeitsagenturen wahrgenommen. Hier werden jedoch nicht finanzielle Motive unterstellt, sondern die Einschätzung mangelnder Vermittelbarkeit aus gesundheitlichen Gründen.

„Ähnlich ist es beim Arbeitsamt auch. Wenn die sehen: ‚Den können wir nicht mehr irgendwo vermitteln, und der ist immer wieder krankgemeldet‘, dann kommen die auch schon mal etwas schneller zu uns, heute, und sagen: ‚Du, den können wir nicht mehr vermitteln, prüf doch mal bitte, ob der schon einen Rentenanspruch hat‘“ (129RV, 303).

Unabhängig von den (vermeintlichen oder tatsächlichen) Motiven der Krankenkassen und Arbeitsagenturen, wie sie von den Gesprächspartner_innen bei der Rentenversicherung wahrgenommen werden, kann man die frühzeitige Aufforderung zur Reha-Antragstellung auch als positive Entwicklung sehen, da frühzeitige Interventionen, auch in Form von Rehabilitation, zur Vermeidung oder Reduzierung einer Erwerbsminderung beitragen können (was durchaus im Einklang mit den oben beschriebenen Interessen der Rentenversicherung stehen würde).

5.2.2 Der regionale Rentenversicherungsträger in der Region Ost

Organisation und Standorte

Anders als die DRV West ist die DRV Ost durch eine wechselhafte Organisationshistorie gekennzeichnet. In Nachfolge der Sozialversicherung der DDR wurden nach der Wende in den ostdeutschen Bundesländern jeweils Landesversicherungsanstalten (LVA) nach westdeutschem Modell aufgebaut. Diese waren voneinander unabhängig und entwickelten je eigene Geschäftspolitiken sowie Aufbau- und Ablauforganisationen. Im Zuge der Organisationsreform 2005 fusionierten mehrere ostdeutsche LVA zur DRV Ost. Vorrangiges Ziel der Fusion war die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, darüber hinaus sollte sie aber auch dazu beitragen, den Einfluss des aus der Fusion hervorgegangenen und nunmehr großen Rentenversicherungsträgers innerhalb der

Deutschen Rentenversicherung zu steigern. Für die Fusionierung speziell dieser LVA sprachen zudem die ähnlichen Strukturbedingungen.

Im Zuge der Fusionsvorbereitungen wurden bereits erste Schritte zur Vereinheitlichung der unterschiedlichen Strukturen und Prozesse geplant, die im Wesentlichen erst *nach* dem Fusionsvollzug sukzessive umgesetzt wurden. So wurde beispielsweise die unterschiedliche Organisation der sozialmedizinischen Sachaufklärung vereinheitlicht, indem die Begutachtung von Versicherten durch rentenversicherungseigene Ärzt_innen, wie sie teilweise bestanden hatte, aufgelöst wurde; nunmehr wird in der gesamten DRV Ost in allen Angelegenheiten, die einer sozialmedizinischen Sachaufklärung bedürfen, allein nach Aktenlage entschieden.

Als eine Herausforderung in der Fusion und ihrer Umsetzung stellte sich – auch noch zum Zeitpunkt der Untersuchung – die eingeschränkte Steuerungsmacht der beteiligten LVA bzw. der DRV Ost durch politische Vorgaben dar. Die Genehmigung der Fusionierung war von den betreffenden Landesregierungen bzw. den die Rechtsaufsicht ausübenden Ministerien mit Bedingungen verknüpft worden, die im Wesentlichen darauf abzielten, Arbeitsplätze in den Regionen zu halten, so beispielsweise durch Festlegung einer prozentualen Stellenverteilung auf die betreffenden Bundesländer. Seitens der DRV Ost für notwendig erachtete Reorganisationsmaßnahmen konnten und können auch weiterhin so nicht uneingeschränkt umgesetzt werden; einem Antrag der DRV Ost zur Änderung des Fusionsvertrages, insbesondere hinsichtlich der Änderung der Arbeitsmengenverteilung, wurde 2013 nur in Teilen zugestimmt, sodass die Steuerungsmöglichkeiten weiterhin eingeschränkt sind.

Dies wird vor dem Hintergrund des bundesweiten Benchmarking, das im Zuge der Organisationsreform den Rentenversicherungsträgern vom Gesetzgeber auferlegt wurde und für die DRV Ost von herausgehobener Bedeutung ist (s. u. [Abschnitt 5.2.2](#)), problematisiert. Ziel des Benchmarking ist, Strukturen und Prozesse der Rentenversicherungsträger zu verbessern, indem über einen Vergleich entlang definierter Kennzahlen Verbesserungsbedarfe identifiziert werden. Insbesondere hinsichtlich des Handlungsfeldes „Wirtschaftlichkeit“ werden die eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten problematisiert. Kennziffer für die Wirtschaftlichkeit sind Produktgruppenstückkosten, die beispielsweise für die Produktgruppe Rente durch die Kosten der Produktgruppe (Verwaltungs- und Verfahrenskosten; ohne Leistungskosten) im Verhältnis zur Anzahl der Antrags erledigungen gemessen werden (zu den Kennziffern des Benchmarking siehe DRV Bund 2013). Da die Rentenversicherungsträger auf die Zahl der eingehenden Anträge keinen Einfluss haben,

bleibt als Steuerungsansatz allein die Kostenseite der Antragsbearbeitung. Der zur Kostensenkung notwendigen Prozessoptimierung beispielsweise durch Änderungen in der Arbeitsmengensteuerung sind der DRV Ost durch die politischen Vorgaben jedoch Grenzen gesetzt.

Gleichwohl wurden in der Vergangenheit kontinuierlich Maßnahmen zur Optimierung von Strukturen und Prozessen sowie zur Vereinheitlichung zwischen den Regionen durchgeführt, sodass mindestens bis zum Zeitpunkt der Untersuchung von einer „Dauerbaustelle Reorganisation“ gesprochen werden kann. So wurden beispielsweise 2012 die dezentral jeweils bestehenden Leistungsbereiche „Produktion und Service“ (PuS) zusammengefasst und unter eine Leitung gestellt. Mit der Aufhebung dieser regionalen Untergliederung wurde die Zahl der Regionalzentren – die DRV Ost ist anders als die DRV West dezentral organisiert – von 18 auf acht reduziert. Zugleich wurden die dort dem PuS zugeordneten Ärzt_innen zu einem Teilbereich Sozialmedizinischer Dienst PuS (SMD PuS) zusammengefasst, aus der Dienstaufsicht der Regionalzentrumsleitung herausgelöst und ebenfalls einer gemeinsamen Leitung unterstellt. In der Vergangenheit ebenfalls aus der Verantwortung der Regionalzentrumsleitung herausgelöst wurde der für die Bearbeitung von Widersprüchen und insbesondere Klagen zuständige Bereich Rechtsbehelfe, Regress und Recht.

Die DRV Ost hat ihren Hauptsitz in einer Großstadt mit Standorten in benachbarten Bundesländern, die zum Bereich der DRV Ost gehören. Am Hauptsitz sind Geschäftsführung, aber auch übergreifende Bereiche wie „Grundsatz und ADV-Verbindungsstelle“ angesiedelt.⁵⁰ Ausdruck der dezentralen Organisation sind die Regionalzentren, in denen alle Angelegenheiten der Versicherten des entsprechenden Einzugsgebietes – Renten und Leistungen zur Teilhabe sowohl in Erst- als auch in Widerspruchs- und Klageverfahren – bearbeitet werden. In den Regionalzentren sind „Produktion und Service“, der Bereich „Rechtsbehelfe, Regress und Recht“ (im Folgenden auf „Rechtsbehelfe“, dem für Widersprüche und Klagen in EMR- und Reha-Verfahren zuständigen Teilbereich, verkürzt) sowie der SMD angesiedelt. Da anders als in der DRV West keine persönlichen Begutachtungen durch eigene Ärzt_innen mehr durchgeführt werden, wird hierfür auch keine Infrastruktur mehr vorgehalten. Wie in der DRV West werden zur Beratung und Antragsannahme trägerübergreifend arbeitende Auskunft- und Beratungsstellen vorgehalten (28). Zudem sind 129 trägerspezifisch ehrenamtliche Ver-

50 ADV steht für Allgemeine Datenverarbeitung.

sichertenälteste tätig. Widersprüche werden in fünf Widerspruchsausschüssen bearbeitet, denen insgesamt 109 Mitglieder angehören.

Ziele und Interessen

Wie bei der DRV West steht die wirtschaftliche Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben im Fokus der DRV Ost; ebenso hat Rehabilitation einen hohen Stellenwert in der Geschäftspolitik.

Dem Benchmarking wird in der DRV Ost eine herausgehobene Bedeutung zugewiesen. Insbesondere die schlechte Platzierung im bundesweiten Ranking und die vielfältigen und nachdrücklichen Bemühungen um eine Verbesserung des Listenplatzes durch kontinuierliche Struktur- und Prozessoptimierungen werden von den Gesprächspartner_innen vielfach hervorgehoben. Vor dem Hintergrund der Größe der DRV Ost – sie gehört zu den großen Regionalträgern innerhalb der Deutschen Rentenversicherung – wird ein Platz auf den vorderen Rängen angestrebt. Aufgrund der Belastungen durch die fusionsbedingten Umstrukturierungen wurde die zeitliche Zielmarke hierfür jedoch nach hinten verschoben und eine Mittelfeldposition als Zwischenziel formuliert.

„Wir hatten uns zunächst mit der Fusion vorgenommen, dass wir bis 2010 einen Vorderfeldplatz erreichen. Das war unser Ziel damals, aber nun mussten wir feststellen, das war unrealistisch. Wir haben durch die Tatsache, dass wir mehrere Häuser waren, doch so viel umstellen müssen, dass das in der Kürze der Zeit, in fünf Jahren, nicht machbar war und haben dann 2011 feststellen müssen, also ‚Ziel nicht erreicht‘. Und deswegen, realistisches Ziel bis 2016, also die nächsten fünf Jahre dann, ein Mittelfeldplatz“ (201RV, 67).

In enger Verbindung mit dem bundesweiten Benchmarking steht ein internes Benchmarking zwischen den acht Regionalzentren. Hintergrund hierfür ist, dass jedes einzelne Regionalzentrum zur Positionierung der DRV Ost im bundesweiten Vergleich seinen Beitrag leisten muss, und dass dies teilweise mit hoher regionaler Varianz geschieht. Beispielsweise steht die DRV Ost bei der Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten im Bundesvergleich auf einem der hintersten Plätze, zugleich variiert die Bewilligungsquote zwischen den Regionalzentren erheblich. Auch wenn es innerhalb der DRV Ost hierfür unterschiedliche Erklärungen zu geben scheint – „Also ich finde, das ist nicht erklärlich. Das sehen Leute anders, aber ich finde es nicht erklärlich.“ (202RV, 155) –, so wird ihre Höhe von den Gesprächspartner_innen vornehmlich auf interne Faktoren zurückgeführt.

Dabei wird *zum einen* auf historisch bedingt unterschiedliche Verfahrensabläufe rekurriert, die regional unterschiedliche Ergebnisse mindestens

begünstigen. Beispielsweise oblag zum Zeitpunkt der Untersuchung die abschließende Leistungseinschätzung dem SMD, auch wenn ein externes Fachgutachten eingeholt worden war. Zuvor war in einer Region in diesem Fall auf eine Vorlage beim SMD verzichtet worden, sofern im Fachgutachten eine volle Erwerbsminderung oder eine volle Erwerbsfähigkeit festgestellt worden war; die Verwaltung übernahm die Leistungseinschätzung der Fachgutachter_innen als Ergebnis der Prüfung der medizinischen Voraussetzungen. Dies wurde insofern vereinheitlicht, dass nun *alle* Fälle zur abschließenden Votierung dem SMD vorgelegt werden müssen. Hintergrund ist, dass Fachgutachter_innen im Regelfall nicht gleichermaßen über sozialmedizinische Kompetenzen verfügen wie die Ärzt_innen des SMD und dadurch die Gleichförmigkeit in den Entscheidungen gefährdet ist, was auch unter Gerechtigkeitsaspekten problematisiert wird.

„Das hielten wir aber dann trotzdem insgesamt für nicht zielführend, weil natürlich die sozialmedizinische Ausbildung bei unseren Außengutachtern nicht im gleichen Maße gegeben ist, wie das bei unseren Ärztinnen und Ärzten ist. Und wir haben dann gemerkt, auch gerade aus der Region, wo das so gehandhabt worden ist, wenn wir dann in der Weitergewährung manchen Fall wieder auf dem Tisch hatten, dass wir dann gedacht hatten ‚Um Gottes Willen, warum wird überhaupt eine Rente bewilligt? Eigentlich wäre das gar nicht erforderlich gewesen.‘ Wir wissen ja, einmal Rente ist immer Rente, also nicht wirklich, aber im praktischen Leben, und dann ist es ganz schwer zu sagen, ‚Also damals hat der Außengutachter das vielleicht etwas zu großzügig gesehen.‘ Und deswegen haben wir gesagt, um auch soziale Gerechtigkeit zu haben, es müssen alle Fälle nochmal einem Prüf- und Gutachterarzt vorgelegt werden, auch die Reha-Entlassberichte werden nochmal vorgelegt, weil wir einfach, bevor wir so eine Entscheidung fällen, eben auch eine Sicherheit haben möchten, dass wir gleiche Kriterien zur Anwendung bringen“ (201RV, 55).

Als Erklärung für die regionale Varianz in den Bewilligungsquoten wird *zum anderen* auf das Selbstverständnis der internen Prüf- und Gutachterärzt_innen und deren Einordnung als „Hardliner“ und „Softliner“ Bezug genommen und damit auf einen Beurteilungsspielraum bei der Leistungseinschätzung rekurriert. Zwar gibt es medizinische Leitlinien, die die Gutachtenerstellung anleiten und so zur Gleichförmigkeit beitragen sollen, der Beurteilungsspielraum ist hiermit jedoch wegen der individuellen und oftmals komplexen Fallgestaltung in der gutachterlichen Praxis nicht vollständig aufzuheben.

„Der Einzelfall ist natürlich nie abgebildet, [...] also im seltensten Fall hat der Mensch eine Gesundheitsstörung, sondern in aller Regel sind es fünf oder zehn oder wie auch immer, je nachdem, wie ich das zusammenfasse.“ (203RV,

59). Damit ist zugleich der Raum eröffnet für unterschiedliche Einschätzungen verschiedener Gutachterinnen und Gutachter zum selben Fall, „weil das Runterbrechen auf den Individualfall zu problematisch ist. Das gelingt dem Einzelnen nur sehr begrenzt, und deswegen haben wir ja auch eine, wenn wir die Einzelfälle uns anschauen, eine sehr große Streubreite“ (202RV, 76).

Auch wenn der individuelle Beurteilungsspielraum nicht vollständig aufgehoben werden kann, so gibt es dennoch Bemühungen zur Vereinheitlichung in der Einschätzung der Leistungsfähigkeit. Hervorgehoben wird hierfür die Bedeutung des Lernens am Modell. Idealerweise würde jeder neuen Ärztin bzw. jedem neuen Arzt ein „Einarbeitungsmentor“ (202RV, 76) zugewiesen, sodass dessen Vorgehen, Einschätzungen und Philosophien beobachtet und handlungsleitend übernommen werden können. Da dies aus Kostengründen nicht möglich ist, war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits der Einsatz von Kalibrierungsgutachten zur Schulung der Ärzt_innen geplant, an denen Fälle und deren konsensierte Lösungen diskutiert werden.

Dass sich individuelle Entscheidungen dergestalt gruppieren können, dass sie regionale Varianz begründen, hängt mit der besonderen Bedeutung der regionalen Führungskräfte für das Handeln ihrer Mitarbeiter_innen zusammen.

„So wie der Chef das macht, machen das alle anderen. Habe ich acht Chefs, habe ich acht verschiedene Sichtweisen. Das ist das Problem der Regionalisierung, und d.h. wir müssen, weil wir dezentral arbeiten, ein Qualitätssicherungsinstrument etablieren, wobei mit der Zeit jeder einzelne Prüf- und Gutachterarzt einen genügend großen Fundus hat, wie ist hier zu entscheiden anhand von ganz konkreten Fällen, und das sind Kalibrierungsgutachten.“ (202RV, 76). Zweck der Schulung an Hand von Kalibrierungsgutachten ist deshalb vornehmlich, „die Sichtweise jedes einzelnen Prüf- und Gutachterarztes dann über die Dauer an der Gesamtleitung zu orientieren“ (202RV, 76).

Die Angleichungsbemühungen zur Minderung der regionalen Varianz orientieren auf die durchschnittliche Bewilligungsquote aller Regionalzentren. Hintergrund für die Wahl dieses Durchschnittswertes als Maßstab für die Beurteilung der regionalen Varianz ist die Annahme, dass eine gleichförmige Anwendung der Begutachungskriterien zu regional annähernd vergleichbaren Bewilligungsquoten führen müsste. Große Abweichungen von dieser durchschnittlichen Bewilligungsquote werden als Hinweis auf eine nicht gleichförmige, d. h. restriktivere oder weniger restriktive Anwendung der Begutachungskriterien zurückgeführt.

Dies gilt gleichermaßen für die Bewilligungsquoten der DRV Ost im Vergleich zu anderen Rentenversicherungsträgern: die DRV Ost rangiert auf

einem der hintersten Plätze mit gleichzeitig hoher Abweichung vom Bundesdurchschnitt. So ist mit dem Bemühen um eine Angleichung der Bewilligungsquote zwischen den Regionalzentren zugleich das Bemühen um eine Angleichung an den Bundesdurchschnitt verbunden.

Aufbau

In den Regionalzentren werden alle Angelegenheiten einer (potenziellen) Erwerbsminderung bearbeitet. Der Aufbau unterscheidet sich deutlich von jenem der DRV West. Während dort ein EMR-Verfahren in jeder Verfahrensstufe – vom Erstantrag über den Widerspruch bis zur Klage – in jeweils *einer* Organisationseinheit, dem Referat bzw. dem SMD, bearbeitet wird, sind hier vier verschiedene und voneinander unabhängige Bereiche zuständig: „Produktion und Service (PuS)“ ist mit den Ausgangsverfahren einschließlich einer ersten Abhilfeprüfung im Widerspruchsfall befasst (im Weiteren als „Ausgangsverfahren“ verkürzt), „Rechtsbehelfe (RB)“ ist mit einer zweiten Abhilfeprüfung und insbesondere den Klage-, Berufungs- und Revisionsverfahren betraut (im Weiteren als Widerspruchs- und Klageverfahren verkürzt). Dieser Aufteilung folgt auch der SMD mit SMD-PuS und SMD-RB. Diese sind sowohl untereinander als auch im Verhältnis zu PuS und RB unabhängig.

Die grundsätzliche Aufgabenteilung ist aufgrund der notwendigen berufsspezifischen Kompetenzen mit jener der DRV West ähnlich: PuS und RB prüfen und entscheiden versicherungsrechtliche Sachverhalte, SMD-PuS und SMD-RB prüfen medizinische Sachverhalte. Wie bei der DRV West gibt es dem SMD-PuS vorgelagerte medizinische Steuerungskräfte, deren Aufgabe jedoch nicht die Herstellung arztfertiger Akten durch umfangreiche Beiziehungen nach eigenständiger Prüfung ist, sondern nur eine formale Kontrolle der eingehenden Akten vorsieht; die Prüfung der vorliegenden medizinischen Befunde auf mögliche Beiziehungsbedarfe erfolgt durch die Ärzt_innen selbst, Beiziehungen werden von ihnen verfügt und von ihren nicht-ärztlichen Mitarbeiter_innen ausgeführt.

Der Bereich *Produktion und Service* (PuS) ist der stellvertretenden Geschäftsführung unterstellt. Eine Bereichsleitung führt die acht Regionalzentren, an deren Spitze wiederum jeweils Regionalleitungen stehen. Die Regionalzentren setzen sich jeweils aus zwei bis drei der früheren 18 Regionalzentren zusammen, die alle als Standorte weitergeführt werden. In den Regionalzentren sind Teams für Rentenangelegenheiten, für Rehabilitation sowie für Auskunft- und Beratungsstellen (AuB) angesiedelt. In den Rententeams werden alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit Alters-, Er-

werbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten bearbeitet, in Rehateams alle Angelegenheiten einer medizinischen Rehabilitation sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rententeams haben nur in jenen Fällen mit Rehabilitation bzw. den Rehateams zu tun, in denen im Verlaufe eines EMR-Verfahrens seitens des SMD eine Rehabilitation empfohlen wird, sowie nach Abschluss einer originären Reha-Maßnahme, bei der im Reha-Entlassbericht eine Leistungsfähigkeit von unter sechs Stunden und damit eine Erwerbsminderung festgestellt ist.

Die Arbeitsmengensteuerung in den Rententeams erfolgt entlang der Geburtstage der Versicherten, d.h. jedes Team und jedes Teammitglied ist für Versicherte bestimmter Geburtstage zuständig, beispielsweise für alle ersten bis dritten Geburtstage aller Monate. Auf diese Weise kann eine annähernd gleichmäßige Arbeitsbelastung erreicht werden und zugleich lassen sich Umsteuerungserfordernisse, beispielsweise in Folge von personellen Änderungen oder Veränderungen im Arbeitsaufkommen, durch eine Verschiebung der Geburtstagszuständigkeiten leicht realisieren.

Das an dieser Untersuchung beteiligte Regionalzentrum wurde aus drei ehemaligen Regionalzentren zusammengeführt und auf zwei Standorte reduziert. In dem an der Untersuchung beteiligten Standort bestanden zum Zeitpunkt der Erhebung zehn Rententeams, ein Rehateam sowie zwei AuB-Teams. Aufgabe der Regionalleitung ist allein die Führung des Regionalzentrums. Sachbearbeitung, wie sie die Referatsleitungen des Regionalträgers West übernehmen, gehört nicht zu den Aufgaben. Die Rententeams werden jeweils von einer Teamleitung geführt; zu ihren Teams gehören jeweils mehrere Sachbearbeiter_innen sowie Bearbeiter_innen.

Die Qualifikationsprofile der einzelnen Beschäftigtengruppen sind uneinheitlicher im Vergleich zur DRV West; dies resultiert vornehmlich aus der wechselvollen Organisationshistorie. Beim Aufbau der LVA nach der Wende wurden „Aufbauhelfer“ (205RV, 7) aus westdeutschen Rentenversicherungsträgern gewonnen sowie insbesondere Beschäftigte der ehemaligen Sozialversicherung der DDR übernommen und Quereinsteiger aus der Region eingestellt. Die Qualifikationsprofile waren sehr unterschiedlich und wurden im Bedarfsfall über interne Fortbildungsmaßnahmen angepasst. So sind Führungskräfte wie die Regionalleitungen im Regelfall Jurist_innen oder Beamte des höheren Dienstes. Teamleitungen sind meist Hochschulabsolvent_innen oder hatten bereits in der Sozialversicherung der DDR eine Führungsposition inne. Sachbearbeiter_innen haben im Regelfall ebenfalls ein Hochschulstudium, Bearbeiter_innen üblicherweise eine Ausbildung zu Sozialversicherungsfachangestellten oder jeweils Vergleichbares absolviert.

Die Bearbeitung von EMR-Angelegenheiten ist wie bei der DRV West arbeitsteilig organisiert, hier jedoch nicht über die Aufsplittung der Zuarbeiten zu *einer* Entscheidungsperson in allen Verfahrensstufen, sondern über die Splittung der Verfahrensstufen (PuS und RB) mit jeweils unterschiedlichen Entscheidungspersonen. Im Ausgangsverfahren liegt die Entscheidungskompetenz im Zusammenhang mit einer Erwerbsminderungsrente seit einigen Jahren bei den Teamleitungen, also nicht in juristischer Hand. Sie erhalten die vorbereiteten Unterlagen von den Bearbeiter_innen; die Sachbearbeiter_innen sind in EMR-Verfahren nicht involviert. Zuvor haben die damaligen Referatsleitungen sowie Referent_innen, im Regelfall Jurist_innen, über EMR-Anträge entschieden. Mit der Übertragung der Entscheidungskompetenz auf die Teamleitungen war zum einen eine Herabsetzung im Anforderungsprofil verbunden, zum anderen eine quantitative Ausweitung des entscheidungsbefugten Personenkreises, im an der Untersuchung beteiligten Regionalzentrum um das Fünffache.

Insbesondere Letzteres wurde von einer Gesprächsperson zunächst kritisch gesehen, die vor dem Hintergrund des komplexen Erwerbsminderungsrentenrechts durch eine größere Zahl an Entscheider_innen eine größere Varianz in den Ergebnissen befürchtete. Dies sei letztlich nicht in dem befürchteten Maße eingetreten, da über eine Art Mentoringprogramm (Ausbildung und nachgehende Praxisbegleitung) die neuen Entscheider_innen auf die geübte Praxis hin orientiert wurden; zudem würden mögliche Unterschiede spätestens im Widerspruchsverfahren durch die geringere Anzahl von Entscheider_innen im Bereich Rechtsbehelfe wieder ausgeglichen.

Vorgaben zum Arbeitspensum sehen für die Rententeams umgerechnet etwa knapp 30 Bescheide je Mitarbeiter_in (Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten) monatlich vor. Dies wird als niedrig angesehen, insbesondere auch im Vergleich zu den Rehateams, die 400 Reha-Bescheide monatlich zu erstellen haben.

Der *SMD-PuS* ist zuständig für gutachterliche Stellungnahmen bei Anträgen auf Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente, in Widerspruchsfällen im Rahmen der ersten Abhilfeprüfung nur, insofern medizinische Sachverhalte eine Rolle spielen.

Im *SMD-PuS* sind Ärzt_innen unterschiedlicher Fachrichtungen tätig, die alle über eine sozialmedizinische Weiterbildung verfügen. In dem an der Untersuchung beteiligten Regionalzentrum sind für beide Standorte insgesamt sechs Ärzt_innen tätig, ergänzt um sechs nicht-medizinische Mitarbeiter_innen, jeweils teilweise als Teilzeitbeschäftigte. Die Verteilung der zu erstellenden Gutachten auf die Ärzt_innen erfolgt nicht entsprechend ihrer

Fachrichtung entlang einer im Antrag oder Widerspruch genannten (Haupt-) Diagnose, sondern für den Bereich der EMR-Verfahren geburtsstagsbezogen wie in PuS, sodass den Beschäftigten dort feste ärztliche Ansprechpersonen im SMD-PuS gegenüberstehen. Für den Bereich der Reha-Verfahren erfolgt die Zuweisung der Gutachten nach Fallzahl und insofern zufällig, sodass hier keine personellen „Tandems“ zwischen PuS und SMD-PuS bestehen. Grund hierfür ist das große und ungleichmäßige Aufkommen von Reha-Gutachtenaufträgen, die insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichst taggleichen Bearbeitung über einen quantitativen Verteilungsschlüssel besser zu steuern sind als über einen geburtsstagsbezogenen.

Mit der Fusion wurde das bei den fusionsbeteiligten LVA teilweise praktizierte Prinzip der Aktenlagenentscheidung auf die gesamte DRV Ost übertragen. Persönliche Begutachtungen durch eigene Ärzt_innen, wie sie auch in dem an der Untersuchung beteiligten Regionalzentrum Praxis waren, werden nunmehr in keiner Stufe des Verfahrens durchgeführt. Begründet wird dies mit Besetzungsproblemen der internen Gutachterstellen im Allgemeinen sowie in den am stärksten benötigten Fachrichtungen im Besonderen. Stattdessen werden im Bedarfsfall externe Fachgutachter_innen beauftragt, die fachbezogen auch zum Leistungsvermögen Stellung nehmen. Die abschließende sozialmedizinische Stellungnahme erfolgt wie bei der DRV West durch die internen Prüf- und Gutachterärzt_innen. Diese Aufteilung wird auch als sachgerecht beurteilt:

„Um die Funktionsfähigkeiten und -defizite zu erfassen, brauche ich fachspezifische Kompetenz. Nach Aufdeckung der Funktionsdefizite reicht eine allgemeinmedizinische Kompetenz aus, um sich vorzustellen, was das denn bedeutet. Also, wenn ich nach ICF denke [...], ich muss denjenigen nur sozialmedizinisch wirklich in die Breite ausbilden und sichern, dass er das auch wirklich beurteilen kann. [...] Ich weiß, dass andere Häuser ganz differenziert das anders sehen, aber für unser Haus hat sich das bewährt. Und mir ist es lieber, dass wir eigentlich die Außenbegutachtung attraktiver gestalten, und damit meine ich auch den Versicherten definitiv gerechter zu werden. Der [...] fachspezifische Gutachter gibt ja sein Votum ab, d.h. dann muss ich schon verdammt gute Gründe haben, dass ich als Sozialmediziner anderer Meinung bin, und die können sich nicht fallbezogen, sondern verfahrensbezogen eigentlich nur noch begründen lassen“ (202RV, 24).

Der Verzicht auf persönliche Begutachtungen wird von einigen Gesprächspartner_innen jedoch ambivalent beurteilt. Hervorgehoben werden vornehmlich fachliche Argumente. In Folge der Distanz zu den Versicherten, die nur noch durch die Akten sichtbar würden, würden Fehlschlüsse der Gutachter_innen durch emotionale Verwicklungen sowie Gegenübertragungen ver-

mieden. Andererseits werden Informationsverluste problematisiert, da für einen Gesamteindruck hinsichtlich der Leidensproblematik und der damit einhergehenden Einschränkungen auch Ausprägungsgrade einer Symptomatik, beispielsweise eines Tremors oder einer Gangunsicherheit, bedeutsam seien, die aus medizinischen Unterlagen nicht immer zutreffend beurteilbar seien.

Dies verweist auf die Qualität der Befundlage bei reinen Aktenlageentscheidungen. Zum einen erhalten *Beziehungen* medizinischer Unterlagen einen erhöhten Stellenwert. Im an der Untersuchung beteiligten Regionalzentrum werden im SMD-PuS umfangreiche Beziehungen veranlasst, soweit sie kostenneutral sind. Zum anderen steigt der Stellenwert fallbezogen *beauftragter Fachgutachten*, da die Gutachter_innen – neben ihrer fachspezifischen Expertise – auch eine der wenigen Instanzen sind, die die Versicherten speziell hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit persönlich untersuchen. Andere vorliegende Befunde können zwar auch auf persönlichen Untersuchungen beruhen, nehmen jedoch nicht immer konkret zur Leistungsfähigkeit in rentenrechtlichem Sinne Stellung, wenn sie für andere Zwecke erstellt worden sind, sodass die Folgen möglicher Erkrankungen auf die Leistungsfähigkeit von den Prüf- und Gutachterärzt_innen aus den Befunden indirekt erschlossen werden müssen.

Vor dem Hintergrund dieser besonderen Bedeutung der externen Fachgutachten erscheint die seit 2013 geltende Aufforderung an die Ärzt_innen im SMD-PuS kontraintuitiv, im Antragsverfahren möglichst keine externen Fachgutachten mehr zu beauftragen, sondern Stellungnahmen auf der Grundlage bestehender Befunde abzugeben. Hier kommt der hohe Stellenwert des Benchmarking zum Tragen, denn begründet wird dies mit den zusätzlichen Kosten und Laufzeiten, die ein externes Fachgutachten verursacht. Die Befundlage im Ausgangsverfahren sei häufig so schlecht, dass die Fachrichtung eines zu beauftragenden Gutachters nicht verlässlich bestimmt werden könne und u. U. unnötigerweise mehrere Fachgutachten eingeholt würden. Dies wird vornehmlich den Versicherten angelastet, die entweder keine ausreichenden Befunde oder solche unterschiedlicher Hauptdiagnosen zur Verfügung stellten. Im Widerspruchsverfahren kläre sich dies im Rahmen der Widerspruchsbegründung auf, sodass die Fachrichtung verlässlich bestimmt und ein Fachgutachten beauftragt werden könne. Hier seien hinsichtlich der Gutachtenvergabe auch keine budgetären Einschränkungen mehr erforderlich, da die Einsparungen im Antragsverfahren aufgrund der neuen Vorgabe sehr hoch seien.

Entsprechend der Vorgaben zum täglichen Arbeitspensum im SMD-PuS soll eine ärztliche Vollzeitkraft 50 Akten täglich (30 Reha, 20 Rente) bearbei-

ten. Aufgrund stetig komplizierter werdender Arbeitsvorgänge werden Anpassungen erwogen. Dies korrespondiert mit der faktischen Bearbeitung von täglich 40 Akten, was unter der Voraussetzung einer sehr strukturierten Arbeitsweise als „machbar“ (RV 206, 88) eingeschätzt wird.

Der Bereich *Rechtsbeihilfe, Regress und Recht* (RB) ist der Geschäftsführung unterstellt. Es ist seit einigen Jahren ein von PuS unabhängiger Bereich. Die Ausgliederung aus der Verantwortung der Regionalleitungen wird von der an der Untersuchung beteiligten Regionalleitung begrüßt; hierdurch sei quasi eine neutrale, unparteiliche Institution innerhalb der DRV Ost entstanden.

Die Bereichsleitung führt neben den Bereichen Regress, Recht und Koordination auch fünf Teilbereiche Rechtsbeihilfe. Diese sind regional aufgestellt und decken jeweils größere Gebiete ab als die acht Regionalzentren. Sie werden von jeweils einer Teilbereichsleitung, einer Juristin oder einem Juristen, geführt. RB ist für die Bearbeitung von Widersprüchen zuständig, denen im Rahmen der ersten Prüfung bei PuS nicht abgeholfen wurde, sowie für die gerichtlichen Verfahren aller Instanzen, die jeweils im Zusammenhang mit Alters- und Erwerbsminderungsrenten sowie Rehabilitation stehen.

Der an der Untersuchung beteiligte Teilbereich RB besteht aus insgesamt vier Teams, denen jeweils eine Teamleitung vorsteht und denen jeweils sechs bis sieben Hauptsachbearbeiter_innen (HSB) zugeordnet sind. Die Teamleitungen liegen nicht in juristischer Hand, sondern haben eine Verwaltungsausbildung abgeschlossen oder sind Quereinsteiger_innen, die mit internen Fortbildungen auf ihre juristisch geprägte Tätigkeit vorbereitet wurden. Auch die HSB haben keine juristischen, sondern ebenfalls vornehmlich Verwaltungsausbildungen absolviert.

Anders als bei der DRV West sind so mit den Widersprüchen und Klagen Nicht-Jurist_innen betraut. Dies wird als unproblematisch angesehen, da im RB-Bereich ein strenges Vier-Augen-Prinzip gilt: Die entscheidungsreifen Fälle werden der jeweils nächsthöheren Funktionsebene zur Überprüfung vorgelegt und abgezeichnet; für die HSB sind das die Teamleitungen und für diese die Teilbereichsleitungen, die durch Jurist_innen besetzt sind.

Die Aufgaben sind innerhalb der Teams funktionsbezogen aufgeteilt. Zu den Aufgaben der Teamleitungen gehört neben den Führungsaufgaben die Vertretung der Fälle in den Widerspruchsausschüssen sowie vor Gericht. Die Bearbeitung von SGB-X-Fällen (Verwaltungsrecht) obliegt wegen deren Komplexität allein ihnen, während die EMR-Fälle den HSB zugeordnet sind. Die Teamleitungen prüfen hier nur die Feststellung des Leistungsfalls sowie einen möglichen Berufsschutz. Die HSB bearbeiten und entscheiden EMR-Fälle nicht nur, sondern vertreten sie auch bis zum Landessozialgericht.

Die Arbeitsmengensteuerung zwischen den Teams und zwischen den HSB eines Teams erfolgt geburtsstagsbezogen wie in PuS, damit für diese kontinuierliche Ansprechpersonen bestehen. Dies erschwert die Arbeitsmengensteuerung innerhalb von RB, da die Fallbelastung zwischen den Geburtstagen sehr ungleich verteilt ist. Die HSB haben etwa knapp zehn Widersprüche wöchentlich zu bearbeiten, darüber hinaus sind Klagen zu bearbeiten und Vertretungen vor Gericht zu leisten. Da bei gerichtlichen Verfahren das Gericht „Herr des Verfahrens“ ist und Fristen für die Bearbeitung setzt, ist hier eine interne Steuerung nicht möglich. Die Arbeitsbelastung der HSB wird als hoch, die Zeit für die Fallbearbeitungen als insgesamt eher knapp eingeschätzt.

Der *SMD-RB* ist organisatorisch ein Teilbereich des Bereichs RB, dienst- und fachaufsichtlich aber wie beim SMD-PuS einer eigenen Teilbereichsleitung unterstellt. SMD-RB ist wie RB regional und mit gleichen Einzugsbereichen aufgestellt, ist also teilweise auch für mehr als ein Regionalzentrum zuständig. An jedem RB-Standort sind ein bis vier Prüf- und Gutachterärzt_innen tätig sowie jeweils zwei bis drei nicht-ärztliche Mitarbeiter_innen. In dem an der Untersuchung beteiligten Regionalzentrum ist eine medizinisch sachverständige Person tätig, die indikationsunspezifisch das gesamte Fall-Spektrum abdeckt. Nur schwierige nervenärztliche Fälle werden an eine entsprechende Fachkollegin an einem anderen Standort abgegeben, auch um Vorwürfen mangelnder Fachkompetenz in diesem besonders schwierigen medizinischen Feld vorzubeugen.

Der SMD-RB ist für alle Fälle von RB zuständig, in denen neue medizinische Sachverhalte eine Rolle spielen, die entweder im *Widerspruchsverfahren* nach Abschluss der ersten Abhilfeprüfung durch PuS eingehen oder von Gerichten zur Stellungnahme vorgelegt werden. Die Hauptaufgabe des SMD-RB in *Widerspruchsverfahren* besteht darin, neu eingereichte medizinische Befunde dahingehend zu bewerten, ob sie zu einer Revision der vorangegangenen Votierung des SMD-PuS führen. Hierzu können sie noch eigene Ermittlungen zur Sachaufklärung, insbesondere Beiziehungen weiterer Unterlagen oder die Beauftragung eines externen Fachgutachtens veranlassen. Hauptaufgabe des SMD-RB in *Klageverfahren* ist, Stellungnahmen zu vom Gericht vorgelegten Befunden und Gutachten zu verfassen, die ebenfalls möglicherweise zu einer Revision früherer Stellungnahmen führen. Eigene Ermittlungen sind dem SMD-RB nun nicht mehr erlaubt, da jeglicher Kontakt zu Prozessbeteiligten untersagt ist. Fragen an andere Gutachter_innen oder Anregungen für weitere Ermittlungen können nur an das Gericht gegeben werden, das hierüber entscheidet und dies ggf. veranlasst.

Die an der vorliegenden Untersuchung beteiligte Ärztin im SMD-RB ist weit überwiegend in Klageverfahren involviert, nur etwa zehn Prozent ihrer Arbeitszeit wendet sie für Widersprüche auf. Die Arbeitsmenge lässt sich nicht gut steuern, da das Gericht als „Herr des Verfahrens“ medizinische Befunde schickt und Fristen für die Stellungnahmen setzt. Dennoch wird die Arbeitsbelastung als angemessen erlebt. Für den gesamten SMD-RB-Bereich hingegen wird die Arbeitsbelastung als zu hoch beschrieben, sodass der Umfang der Altfälle nicht abgearbeitet werden könne.

Steuerung

Die Geschäftspolitik der Rentenversicherung Ost ist, wie bei der DRV West, deutlich durch das Benchmarking geprägt. Wie oben beschrieben, weist sie eine schlechte Platzierung im bundesweiten Ranking sowie teilweise hohe regionale Varianzen auf, was vielfältige Aktivitäten zur Optimierung und Angleichung auslöst.

Eine herausgehobene Rolle in der Steuerung spielen die Produktivität, gemessen als Erledigungen pro VBE (Vollzeitbeschäftigteinheit), sowie die Wirtschaftlichkeit, gemessen als Kosten pro Erledigung.⁵¹ Da das Erledigungsvolumen, also beispielsweise die Anzahl der eingehenden EMR-Anträge, seitens der Rentenversicherung nicht beeinflussbar ist, kommt als „Stellschraube“ zum einen der Personalschlüssel in Frage. Um den Personaleinsatz bei gleichbleibendem Arbeitsaufkommen reduzieren zu können, sind Prozessanpassungen notwendig. Zum anderen können Sachkosten Ziel von Einsparungsbemühungen sein. Beide Ansätze werden von der DRV Ost verfolgt und kommen insbesondere beim SMD-PuS zum Tragen.

Es werden, anders als bei der DRV West, konkrete Vorgaben hinsichtlich der Wahl des Gutachtenformates formuliert. Seit 2013 gibt es die Festlegung, im Antragsverfahren Stellungnahmen überwiegend auf Basis vorliegender medizinischer Unterlagen, möglichst ohne Beauftragung externer Fachgutachten, durchzuführen, vornehmlich um Kosten und Laufzeiten einzusparen. Zwar werden quantitativ oder budgetär festgelegte Zielvorgaben hinsichtlich externer Fachgutachten verneint. Die Letztentscheidung zur Wahl des Gutachtenformats verbleibt bei den Prüf- und Gutachterärzt_innen. Gleichwohl wird die Vergabep Praxis beobachtet, und bei auffällig hoher Auslösung von Fachgutachten durch einzelne Ärzt_innen wird in einem Gespräch mit ihnen nach Erklärungen gesucht, sodass eine starke implizite

⁵¹ Die Interviewpersonen nutzen andere Begrifflichkeiten bzw. weisen ihnen andere Bedeutungen zu als im Benchmarking-Tool der DRV-Träger festgelegt.

Steuerungswirkung angenommen werden kann. Dies wird insofern bestätigt, als die Kosten für externe Fachgutachten im Vergleich zum Jahr vor der Festlegung um 30 Prozent zurückgegangen sind. Zudem ist der Anteil der externen Fachgutachten an allen Begutachtungen des SMD-PuS von 2012 auf 2013 um 22 Prozent und im Folgejahr erneut um 15 Prozent zurückgegangen. Die Grundlage für Aktenlageentscheidungen wird durch Beiziehungen *bestehender* medizinischer Befunde, insbesondere von Gutachten des MDK und des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit, gesichert; diese sind schneller verfügbar und kostenneutral. Diese Umstellung ist nach Einschätzungen einiger Gesprächspartner_innen bei den Ärzt_innen teilweise auf Vorbehalte gestoßen. Dies wird damit erklärt, dass eine Aktenlageentscheidung arbeitsaufwändiger sei als eine Entscheidung auf der Grundlage eines externen Fachgutachtens, insbesondere wenn dessen Einschätzung zur Leistungsfähigkeit einfach übernommen werde.

„Wir machen uns eher noch die Mühe, dass wir versuchen noch Unterlagen der Bundesagentur für Arbeit oder des MDK beizuziehen, das ist zwar aufwändiger für uns, also zeitlich, organisatorisch aufwändiger, Aktenlage ist immer aufwändiger, als ein Gutachten in Auftrag geben und einfach sozusagen übernehmen, was der Gutachter geschrieben hat. Aber es ist natürlich, wir sparen Geld. Ein Gutachten kostet mehr Geld und wir sparen auch Laufzeit. Denn da habe ich Unterlagen da, die kriege ich schneller, auf ein Gutachten muss ich ja warten und ich kann den Antrag dann zeitnah auch so oder so dann bewilligen. [...] Die Ärzte mussten erst davon überzeugt werden, denn wenn ich ein Massengeschäft habe, ist es immer einfacher [...] ein Gutachten auszulösen, als mich jetzt hinzusetzen, die Akten durchzuarbeiten, auf Relevanz zu prüfen, zu gucken, kann ich noch irgendwo anders eine Unterlage beschaffen, hier ist doch mal eine längere AU gewesen, da ist doch wahrscheinlich der MDK mal gefragt worden, dass ich vielleicht im MDK nochmal nachfrage, bei der Krankenkasse „Ist da was?“. Es ist erst mal aufwändiger für den, der es bearbeitet, aber wir können am Ende natürlich dadurch viel mehr per Aktenlage erledigen, als wir das in der Vergangenheit getan haben“ (201RV, 90).

Ebenfalls vornehmlich um die Kosten zu senken und die Erledigung eines Vorgangs zu beschleunigen gab es zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits Planungen, zukünftig auf die Beteiligung des SMD-PuS in definierten Fällen vollständig zu verzichten, insbesondere wenn ein externes Fachgutachten oder ein aktueller, d. h. maximal sechs Monate alter Reha-Entlassbericht vorliegt. Die dort getroffenen Einschätzungen zur Leistungsfähigkeit der Versicherten sollen von PuS – vom SMD-PuS unbeschrieben – als medizinische Grundlage für die sozialrechtliche Entscheidung über einen EMR-Antrag dienen. Zur Umsetzung dieser Pläne werden jedoch noch Qualitätsverbesserungen

rungen für erforderlich gehalten, insbesondere hinsichtlich der Aussagekraft der Reha-Entlassberichte sowie hinsichtlich der Beurteilungsmaßstäbe der externen Gutachter_innen.

Weitere konkrete Vorgaben beziehen sich auf Vorgänge, die begründungspflichtig gestellt wurden, um eine fachlich reflektierte Entscheidung anzuregen. Inwieweit dies tatsächlich zum Tragen kommt, ist ungewiss, denn möglicherweise entspringt der zur Anwendung kommende Steuerungsmechanismus bei den Beschäftigten weniger der fachlichen Reflexion als der Vermeidung zusätzlicher Arbeitslast.

Eine gesonderte Begründung ist notwendig, wenn Prüf- und Gutachterärzt_innen von der Votierung in einem Fachgutachten abweichen wollen, ebenso wie im PuS, wenn von der Votierung des SMD abgewichen werden soll. Darüber hinaus bedarf es einer Begründung, wenn eine Zeitrente auf weniger als ein Jahr befristet werden soll. Hintergrund hierfür ist die umfangreiche Anwendung einer Befristungsdauer von unter einem Jahr nach der Fusionierung, was zu einer erheblichen Arbeitsbelastung durch Wiedervorlagen und Weiterbewilligungsanträge geführt hatte.

Im Benchmarking wird ebenfalls die Abhilfequote verglichen; sie ist im Handlungsfeld „Qualität“ verortet. Die Abhilfequote ist bei der DRV Ost überdurchschnittlich hoch. Sie wird, wie bei der DRV West, beobachtet und wie dort hinsichtlich ihres Aussagewertes eher kritisch eingeschätzt: Ist eine Entscheidung im Widerspruchsverfahren zu revidieren, „ist das für uns kein Punkt, wo wir sagen: ‚Wir haben einen Fehler gemacht.‘ Wir wissen es jetzt besser, wir haben neue Unterlagen dazubekommen.“ (201RV, 189). Dies wird von einzelnen Gesprächspartner_innen durchaus anders interpretiert. Hier wird die überdurchschnittliche Abhilfequote in Verbindung gebracht mit der entscheidungsrelevanten Datengrundlage im Ausgangsverfahren, die als gering eingeschätzt wird und erst im Widerspruchsverfahren durch intensivere Ermittlungen erweitert wird.

„Es wird auf relativ wenigen medizinischen Unterlagen die Entscheidung getroffen, und wenn dann der Widerspruch kommt, dann wird da noch mal genauer drauf geschaut. Deswegen haben wir auch eine ziemlich hohe Abhilfequote, ich glaube, die größte bundesweit“ (204RV, 234).

Die Abhilfequote war bis zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht steuerungsrelevant, es wurde jedoch von einer Anfrage „unserer Aufsicht“, die hohe Abhilfequote „zu erläutern“, berichtet (204RV, 249).

Ergebnisbezogene Vorgaben im Sinne von Bewilligungsquoten werden für den Reha-Bereich verneint; auch wird das Reha-Budget nicht als steue-

rungswirksam wahrgenommen, allenfalls wird „manchmal“ nach dem Reha-Budget „geschaut“. Bewilligungsquoten für Erwerbsminderungsrenten werden intensiv beobachtet und kommuniziert. Die Einschätzungen der Gesprächspartner_innen variieren dahingehend, ob es sich hierbei um konkrete Zielvorgaben oder Orientierungsmarken handelt. Zielvorgaben werden einerseits nachdrücklich verneint, von anderer Seite hingegen bestätigt. Dieser Widerspruch lässt sich möglicherweise mit der Intensität der Beobachtung und Maßnahmen zur Angleichung der Bewilligungsquoten erklären, die den Eindruck einer mindestens impliziten Zielvorgabe erwecken können. So werden neben *allgemeinen* Schulungen der Prüf- und Gutachterärzt_innen mittels Kalibrierungsgutachten auch im Rahmen der Fachaufsicht gutachterbezogenen Stichproben von Gutachten durchgeführt und im Bedarfsfall mit den jeweiligen Ärzt_innen gesprochen, „wenn sie dort zu weich oder zu streng sind“ (201RV, 151).

Verfahren zur Feststellung der Leistungsfähigkeit

Anträge auf Erwerbsminderungsrenten entstehen auf verschiedenen Wegen. Nach Einschätzungen der Gesprächspartner_innen spielen eigeninitiierte Antragstellungen eine große Rolle, insbesondere unter Versicherten mit in der Wendezeit abgebrochenen Erwerbsbiografien. Antragstellungen von arbeitslosen Versicherten sind meist mit einer Aufforderung durch Arbeitsagenturen oder Jobcenter verbunden; dass Jobcenter von ihrem Antragsrecht Gebrauch machen, kommt hingegen selten vor. Viele EMR-Verfahren entstehen durch eine intern veranlasste Umdeutungsprüfung im Nachgang einer durchgeführten Reha-Maßnahme, wenn der Reha-Entlassbericht ein gemindertes Leistungsvermögen ausweist.

Antragstellungen auf Erwerbsminderungsrente erfolgen überwiegend in den AuB-Stellen, nach Schließung von AuB-Stellen in ländlichen Regionen dort zunehmend über Versichertenälteste. Zunehmend werden auch private Rentenberater bereits ins Antragsverfahren eingebunden, aus Sicht einer Gesprächsperson „weil das Vertrauen in die Deutsche Rentenversicherung manchmal ein bisschen erschüttert ist“ (207RV, 374).

Das Verfahren zur Bearbeitung und Entscheidung eines Erwerbsminderungsrentenantrages ist bei der DRV Ost wie bei der DRV West arbeitsteilig und mit einer Vielzahl an Beteiligten organisiert.

Antragsaufnahme und Vorbereitung in der Sachbearbeitung (PuS)

Die Rententeams in PuS erhalten EMR-Anträge in jenen Fällen, in denen der Antrag auf dem Postweg gestellt wurde, über die Zentrale; der üblichere Weg

ist jedoch die Antragsaufnahme in einer AuB-Stelle. In diesem Fall wird ein Teil der Vorarbeiten bereits dort erledigt.

In der *AuB-Stelle* erfolgt die Aufnahme von EMR-Anträgen nur nach Terminvereinbarung. Die Vorsprache zwecks Terminvereinbarung gilt bereits als formlose Antragstellung, sodass dies im Falle einer EMR-Bewilligung der Leistungsfall sein wird, sofern nicht ein früherer Termin zutreffend ist. Ein Termin wird möglichst innerhalb von zwei Wochen vergeben; hierfür werden 90 Minuten reserviert, da das Ausfüllen der notwendigen Unterlagen eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Aus diesem Grund wird die Antragstellung über eine AuB-Stelle favorisiert; die Unterlagen, die die Sachbearbeitung erreichen, sind dann bereits bestmöglich vorbereitet.

Bei der Terminvereinbarung werden die Antragsunterlagen und im Regelfall auch ein Formular für einen hausärztlichen Befundbericht ausgehändigt. Ergeben sich hier oder später bei der Antragsaufnahme Hinweise auf relevante Unterlagen, insbesondere medizinischer Art, werden die Versicherten beauftragt, diese noch beizubringen. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen werden hier erstmals geprüft. Sind sie *offensichtlich nicht* erfüllt, werden die Versicherten auf die Konsequenzen für ihren EMR-Antrag aufmerksam gemacht, der Antrag aber dennoch aufgenommen, sofern er nicht versichertenseitig zurückgezogen wird; die AuB-Stelle hat diesbezüglich keine Filterfunktion. Nach der Antragsaufnahme in der AuB-Stelle gehen die Unterlagen zur Sachbearbeitung in das zuständige Rententeam.

Dort sind für die weitere Bearbeitung der Akten Bearbeiter_innen zuständig. Unabhängig vom Zugangsweg werden hier die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft. Sind diese *nicht* erfüllt, wird die Akte, wie bei der DRV West, direkt an die zuständige Teamleitung gegeben, die die Unterlagen auf einen möglichen früheren Tag des Leistungsfalls und die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zu diesem Stichtag prüft. Bleibt es bei der Nicht-Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, wird der Antrag direkt ablehnend beschieden, ohne die medizinischen Voraussetzungen durch den SMD prüfen zu lassen.

Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, prüft die Bearbeiterin bzw. der Bearbeiter die medizinischen Unterlagen, vornehmlich auf das Vorliegen bestehender Gutachten (Reha-Entlassbericht, Gutachten des ÄD der BA oder des MDK) und veranlasst entsprechende Beiziehungen. Nur wenn keine Gutachten dieser Art bestehen, wird ein hausärztlicher Befundbericht angefordert, sofern er noch nicht vorliegt.

Liegen alle medizinischen Unterlagen vor, wird die medizinische Nebenakte an den SMD-PuS zur Gutachtenerstellung weitergeleitet. Dieser wird im

Ausgangsverfahren immer beteiligt, mit einer Ausnahme, die zum Zeitpunkt der Untersuchung neu geregelt worden war: Liegt ein Reha-Entlassbericht vor, der nicht älter als sechs Monate ist *und* eine Erwerbsminderung sowohl für den Beruf als auch den allgemeinen Arbeitsmarkt verneint, wird der EMR-Antrag direkt, ohne weitere Beteiligung des SMD, ablehnend beschieden, sofern mit dem Antrag nicht neue medizinische Unterlagen eingereicht werden.

Unabhängig von der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wird der SMD-PuS immer mit einem Gutachten beauftragt bei EMR-Anträgen, die von Jobcentern gestellt werden. Jobcenter und Sozialhilfeträger haben nicht nur das Recht, Leistungsbeziehende zur Antragstellung einer Erwerbsminderungsrente (oder Reha-Maßnahme) aufzufordern, sondern können dies auch selbst für die Leistungsbeziehenden tun. Nehmen sie ihr Antragsrecht wahr, sind sie verpflichtet, das der Erwerbsminderungsvermutung zugrunde liegende Gutachten mitzuschicken. Dies allein ist Grundlage für die Votierung des SMD-PuS, weitere Beziehungen oder eine externe fachärztliche Begutachtung werden nicht vorgenommen.

Gutachten

Der Auftrag an den SMD-PuS entspricht jenem, der dem SMD bei der DRV West erteilt wird – die Prüfung bestimmter Sachverhalte zur Feststellung des Leistungsvermögens. Im SMD-PuS wird die medizinische Nebenakte von den dort tätigen nicht-ärztlichen Beschäftigten, den sogenannten „Steuerungskräften“, einer „Formenkontrolle“ (206RV, 143) unterzogen, d. h. die Vollständigkeit der Antragsunterlagen wird geprüft, wie beispielsweise das Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung oder eines Betreuerausweises (in jenen Fällen, in denen Versicherte eine gesetzliche Betreuerin oder einen Betreuer haben) sowie eines Befundberichtes oder Gutachtens anderer Träger. Anders als bei der DRV West findet die Prüfung weitergehender Ermittlungsbedarfe nicht durch die Steuerungskräfte, sondern durch die Prüf- und Gutachterärzt_innen selbst statt, die im Bedarfsfall weitere, von den Steuerungskräften durchzuführende Beziehungen verfügen.

Um die Votierungsgrundlage so breit wie möglich zu machen, wird alles beigezogen, was kostenneutral ist; ein kostenpflichtiger hausärztlicher Befundbericht wird nur angefordert, wenn keine Gutachten anderer Sozialleistungsträger oder Reha-Entlassberichte vorliegen. Die Möglichkeiten zur Beziehung medizinischer Unterlagen sind bei manchen Versicherten beschränkt, da kaum oder keine entsprechenden Unterlagen existieren. Zum einen trifft dies häufig auf Versicherte im ländlichen Raum zu, da die fachärzt-

liche Versorgung dort schlechter ist und in der Folge die Versicherten seltener eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben. Zum anderen gibt es Versicherte ganz ohne ärztliche Versorgung, insbesondere unter alkoholabhängigen Antragstellenden, sodass keinerlei medizinische Unterlagen bestehen.

Ist auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen eine abschließende Stellungnahme noch nicht möglich – weil die Unterlagen zu spärlich oder in ihrer Aussage widersprüchlich sind –, wird ein externes Fachgutachten beauftragt. In Folge der seit 2013 geltenden Vorgabe, im Ausgangsverfahren eben darauf möglichst zu verzichten, ist die Zahl der Fachgutachten bzw. ihr Anteil an allen EMR-Verfahren deutlich zurückgegangen. Externe Fachgutachter_innen erhalten die gesamte medizinische Nebenakte und untersuchen die Versicherten umfänglich. Sie erstellen ein Gutachten zum Leistungsvermögen aus ihrer fachbezogenen Perspektive; ggf. geben sie Hinweise auf weitere zu beteiligende medizinische Fachdisziplinen, wenn während der Begutachtung weitere relevante Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen erkennbar werden.

Stellungnahme zum Leistungsvermögen

Die abschließende Stellungnahme wird von den Ärzt_innen des SMD-PuS vorgenommen. Dabei werden Einschätzungen externer Fachgutachter_innen zum Leistungsvermögen nicht unbesehen übernommen, sondern geprüft. Die Prüf- und Gutachterärzt_innen sind frei darin, von der Einschätzung im Fachgutachten abzuweichen. Dies kommt nicht häufig, „aber doch schon regelmäßig“ (206RV, 233) vor. Auslöser für solche Divergenzen sind vornehmlich Widersprüche zwischen der dargestellten Leistungsdiagnostik und den Schlussfolgerungen zur Leistungsfähigkeit oder das Fehlen einer relevanten Leistungsdiagnostik, beispielsweise einer psychologischen Zusatzdiagnostik bei nervenärztlichen Gutachten. Erklärt wird dies teilweise als Ausdruck mangelnder Verfahrenkenntnisse („Meist hakt es nämlich dann nicht an fachspezifischer Kompetenz, sondern an der Adaptierung eigentlich des Sozialsystems“, 202RV, 24), teilweise als Ausdruck parteilicher Begutachtung „im Sinne der Versicherten“ (206RV, 242). In Fällen divergenter Einschätzungen wird zunächst eine Klärung mit den Fachgutachter_innen versucht; ist dies nicht möglich, können die Prüf- und Gutachterärzt_innen abweichend votieren, müssen dies allerdings in einer „Divergenzstellungnahme“ (206RV, 240) darlegen.

Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens und Transformation der medizinischen Befunde in ein quantitatives Leistungsvermögen

Die Fragen nach dem Maßstab zur Beurteilung des Leistungsvermögens sowie der Transformation der medizinischen Befunde in ein quantitatives Leistungsvermögen werden grundsätzlich in vergleichbarer Weise beantwortet wie beim SMD der DRV West.

Für die Beurteilung einer berufsbezogenen Leistungsfähigkeit werden jedoch berufskundliche Lücken problematisiert. „Es gibt natürlich Berufe, die sind eindeutig – also was ein Koch macht, ein Dachdecker, das kann man sich ja alles ganz gut vorstellen. Bei manchen Sachen fehlen uns tatsächlich die berufskundlichen Voraussetzungen.“ (206RV, 197). Mit Blick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wird, wie bei der DRV West, auf ein abstraktes „Leistungsvermögen“ verwiesen, sodass berufskundliche Kenntnisse in diesen Fällen nicht notwendig seien. Dennoch wird auch hier ein individuelles Vorstellungsvermögen zum Anforderungsprofil bestimmter Tätigkeiten als notwendig erachtet.

„Wichtig ist ja, dass man ein Leistungsbild erstellt, jemand könnte das und das sechs und mehr Stunden machen. Und klar, man muss sich dann auch bei manchen vorstellen, könnte der z. B. im Museum an der Kasse sitzen oder in der Pforte. [...] Oder kann jemand in der Poststelle [arbeiten] – das kann man sich ja schon vorstellen“ (206RV, 203–205).

Unklar ist jedoch, inwiefern subjektive Vorstellungen der Gutachter_innen über Anforderungen und Belastungen eines vermeintlich bekannten Berufes der Realität entsprechen.

Wie beim SMD der DRV West wird die Feststellung einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden (volle Erwerbsminderung) sowie von über sechs Stunden (keine Erwerbsminderung) als unproblematisch beschrieben; die Feststellung einer Teil-Erwerbsminderung hingegen als schwierig beurteilt.

Sozialrechtliche Entscheidung in der Leistungsabteilung

Stellungnahmen des SMD-PuS gehen an die Bearbeiter_innen in der Sachbearbeitung zurück. Diese führen die beiden Teilakten zusammen und geben sie an die Teamleitungen zur Entscheidung über den EMR-Antrag.

Anders als bei der DRV West werden die Stellungnahmen des SMD von den Teamleitungen unter Verweis auf ihre mangelnde medizinische Kompetenz im Regelfall unbesehen übernommen, allein hinsichtlich der Festlegung des Leistungsfalls findet eine Prüfung und ggf. eine Änderung statt.

„Ich mache es wirklich so, dass ich die Votierung des SMD nicht in Frage stelle. Ich nehme die Votierung. Das einzige, was ich nachprüfe, weil da u. U. auch eine Verwaltungsentscheidung dranhängt, ist der Leistungsfall, den sie angibt. [...] Ansonsten habe ich wenig Spielraum und ich bin auch kein Arzt. Also selbst, wenn ich mir das alles durchlese, könnte ich vielleicht meine medizinischen Fachbegriffe auffrischen, aber ich weiß deswegen trotzdem nicht, ob die Votierung jetzt richtig ist oder nicht. Also maße ich mir das auch nicht an. Also sollte etwas gravierend jetzt sein, wo ich sage, in dem Gutachten steht das jetzt so und die hat jetzt ganz anders votiert, dann frage ich schon einmal nach. Also ich bin da auch so einer, der dann auch gleich einmal zu den Ärzten geht, also ich mache quasi weniger über Schriftform, komme auch relativ gut mit denen klar. Aber im Normalfall vertraue ich den Ärzten halt und dann nehme ich die Votierung, wie sie ist“ (212RV, 198).

Die unbesehene Übernahme der ärztlichen Stellungnahme wird darüber hinaus mit knappen zeitlichen Ressourcen begründet. Um die Schlüssigkeit der Stellungnahme beurteilen zu können, „um überhaupt eine Frage stellen zu können ‚Könnte man das auch anders sehen?‘“ (204RV, 192), müsste die gesamte medizinische Akte durchgesehen werden – insbesondere unter dem Druck des Benchmarking bestehen hierfür kaum zeitliche Spielräume.

Abweichungen von Stellungnahmen des SMD müssen explizit begründet werden. Sie ergeben sich am ehesten bei der Festlegung zum Beginn des Leistungsfalls, also ab wann eine Erwerbsminderungsrente zu zahlen ist. Solche Abweichungen ergeben sich vornehmlich, wenn leistungsfallrelevante Angaben in der medizinischen Nebenakte fehlten, beispielsweise zum Vorliegen einer längeren Arbeitsunfähigkeit oder einem länger zurückliegenden Schlaganfall, die als Beginn einer möglichen Erwerbsminderung angenommen werden können. Enthält die medizinische Nebenakte keinen Hinweis darauf, wird im SMD der Tag der Antragstellung als Leistungsfall bestimmt. Änderungen zur Festlegung des Leistungsfalls bedürfen keiner Zustimmung des SMD bzw. einer Änderung seiner Stellungnahme; dennoch nehmen die Gesprächspartner_innen auf informellem Wege (telefonisch oder persönlich) Kontakt zum SMD zwecks Rückkoppelung auf, bevor sie den Leistungsfall neu datieren. Auch hinsichtlich der Festlegung einer Zeitrente wird gelegentlich von der Stellungnahme des SMD abgewichen. Etwa zwei von drei Bewilligungen werden vom SMD als Zeitrenten votiert.

Stellt der SMD eine Leistungsfähigkeit von unter sechs Stunden im Beruf fest und verneint zugleich eine Erwerbsminderung bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, ist bei Versicherten, die vor dem 2. Januar 1961 geboren wurden, von den Teamleitungen der Berufsschutz zu prüfen. Hierbei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Hat die oder der Versicherte einen ren-

tenrechtlich relevanten „Beruf“ ausgeübt? Gibt es eine Verweisungstätigkeit, die zum Leistungsprofil passt?

Sofern nicht schon zu Beginn des Verfahrens erfolgt, wird zunächst das Vorliegen eines rentenrechtlich relevanten „Berufes“ geprüft und hierfür bei Bedarf auch eine Arbeitgeberanfrage eingeleitet, wenn sich dies anhand der Unterlagen nicht verlässlich ermitteln lässt. Eine Berufsschutzprüfung ist mit Herausforderungen verbunden, die zugleich Entscheidungsspielräume hinsichtlich der Bewilligung oder Ablehnung einer Erwerbsminderungsrente eröffnen. Dies gilt für die Feststellung, ob die zuletzt ausgeübte Beschäftigung einem rentenrechtlich gültigen „Beruf“ entspricht, vor allem bei Versicherten mit einer DDR-Berufsbiografie, da die in der DDR bestehenden Berufe nicht ohne Weiteres mit den heute geltenden (westdeutschen) Berufen vergleichbar sind. „Da gab es in der ehemaligen DDR ja einen bunten Strauß an Facharbeitertätigkeiten, die man im Westen nie als Facharbeiter anerkannt hätte. Aber da gibt es inzwischen auch Rechtsprechungen, ob der Berufskraftfahrer mit zweijähriger Ausbildung, ob er dem Facharbeiter entspricht oder nicht“ (205RV, 55). Zudem verfügen jene Versicherten, die in Folge der wirtschaftlichen Umbrüche in der Wendezeit ihren damaligen Job verloren und andere, auch unterwertige Tätigkeiten aufgenommen hatten, u.U. nicht mehr über einen rentenrechtlich anerkannten „Beruf“, sofern es sich hierbei um Anlernertätigkeiten handelt. Zum anderen sind mögliche Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Aufgrund der LVA-Historie der DRV Ost handelt es sich bei den Versicherten, wie bei der DRV West, überwiegend um „Arbeiter“. Während hier fundierte Erfahrungen bei der Prüfung potenzieller Verweisungstätigkeiten bestehen, fehlen für die entsprechenden Prüfungen hinsichtlich der noch geringen, aber wachsenden Zahl von „Angestellten“ unter den Versicherten entsprechende Kenntnisse.

Besteht Berufsschutz und ist der Hauptberuf als Ausgangsberuf bestimmt, sind mögliche Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Dies geschieht mit Hilfe einer Berufskundendatenbank, in der Hauptberufe sowie die jeweils zulässigen Verweisungsberufe und deren Leistungsanforderungen aufgeführt sind, sodass ein Abgleich mit der Leistungsfähigkeit der oder des Versicherten und ihren bzw. seinen möglichen Einschränkungen vorgenommen werden kann. Bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der gesundheitlichen Zumutbarkeit einer ausgewählten Verweisungstätigkeit, kann hierzu im Ausnahmefall noch einmal der SMD-PuS eingeschaltet werden; wegen der ohnehin starken Belastung der Prüf- und Gutachterärzt_innen soll dies aber möglichst vermieden werden. Finden sich keine leidensgerechten Verweisungstätigkeiten, wird eine Teil-Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit bewilligt.

Die Prüfung des Berufsschutzes und möglicher Verweisungstätigkeiten birgt einigen Spielraum für die Teamleitungen, der das Ergebnis der Prüfung – Erwerbsminderungsrente ja oder nein – (zunächst) deutlich beeinflussen kann, da hier „eine gewisse Kreativität drin [ist]. Da gibt es sicher Teamleiter, die einen gewissen Ehrgeiz haben, noch einen bestimmten Verweisungsberuf zu finden, um zu sagen ‚Den kannst du aber ausüben.‘“ (205RV, 55), während andere rascher eine Verweisbarkeit verneinen. Dies würde jedoch im Widerspruchsverfahren durch den Bereich Rechtsbeihilfe oder spätestens im Klageverfahren durch ein Gericht korrigiert werden, die allzu kreative Verweisungstätigkeiten für unzulässig erklären würden.

„Da kann es allerdings sein, dass dann, wenn daraufhin eine Ablehnung kommt, dass dann unser Bereich Rechtsbeihilfe sagt ‚Moment mal, das Landessozialgericht hat seit ein paar Monaten schon diesen Verweisungsberuf abgewickelt und sagt, da gibt es neue Berufungen über die Gutachten. Das geht so nicht‘, oder er muss trotzdem noch – was weiß ich – die Hände zumindest noch waagrecht halten können, aber dann nicht mehr über Kopf arbeiten, und dann wird der Verweisungsberuf irgendwann zerfleddert. Ja, es gibt da eigentlich nicht die Möglichkeit, ständig so einen kreativen Verweisungsberuf dann quasi als Gegenargument aufzubauen. Irgendwann wird er zur Prüfung der Rechtsprechung und dann ist wieder gut“ (205RV, 55).

Auch wenn Teil-Erwerbsminderungsrenten bei Berufsunfähigkeit sukzessive auslaufen werden, werden sie aktuell noch relativ häufig bewilligt, vornehmlich weil keine Verweisungstätigkeiten benannt werden können.

Wie bei der DRV West, werden von den Teamleitungen auch mögliche Umdeutungserfordernisse in beiderlei Richtungen – Reha vor Rente sowie Rente nach oder statt Reha – sowie die Umwandlung einer Teil- in eine volle Erwerbsminderungsrente aufgrund eines verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes geprüft. Auch hier wird die Verschlossenheit des Arbeitsmarktes nicht individuell geprüft, sondern bei bestehender Arbeitslosigkeit standardmäßig angenommen.

Die Entscheidung der Teamleitungen über den Erwerbsminderungsrentenantrag wird von den Bearbeiter_innen technisch vorbereitet und von den Teamleitungen abschließend freigegeben.

Weiterbewilligungsverfahren

Vier Monate vor Ablauf einer befristeten Erwerbsminderungsrente werden die Rentenbeziehenden aufgefordert, einen Antrag auf Weiterzahlung zu stellen. Wird dieser Antrag spät gestellt und wenn umfangreiche Beziehun-

gen aufgrund gesundheitlicher Veränderungen notwendig sind, kann eine vorübergehende Zahlungslücke entstehen, da eine Zeitrente automatisch ausläuft, sofern bis zu diesem Zeitpunkt kein neuer Verwaltungsakt, d. h. ein Bewilligungsbescheid, erlassen wurde. Wie bei der DRV West stellen in nahezu allen Fällen die Versicherten einen Weiterbewilligungsantrag. Ebenfalls ähnlich zur DRV West durchläuft dieser vom Grundsatz her dasselbe Verfahren wie bei einem Erstantrag; auch die Beteiligung des SMD erfolgt nach den gleichen Prinzipien. Anders als dort jedoch scheinen die medizinischen Ermittlungen umfangreicher zu sein als im Ausgangsverfahren: „Es werden ganz, ganz viele Gutachten gemacht. Ganz, ganz viele Befundberichte angefordert, die ja auch alle zu bezahlen sind.“ (207RV, 551–552). Möglicherweise finden hier umfangreichere Prüfungen statt, weil die Kennziffern des Benchmarking nur für Ausgangsverfahren, und nicht für Weiterbewilligungsverfahren gelten und keine spezifischen Steuerungswirkungen (zugunsten „sparsamer“ Ermittlungen) entfalten. Nicht alle Weiterbewilligungsanträge werden positiv beschieden. Aus Sicht einer Gesprächsperson hat in den letzten fünf Jahren die Zahl der Ablehnungen zugenommen, die Einstellung der Erwerbsminderungsrente nach sechs oder sieben Jahren erlebe sie häufig. Dies liege am SMD-PuS, der häufiger eine, aus ihrer Sicht zweifelhaft, wesentliche gesundheitliche Besserung feststelle und eine Erwerbsminderung nun verneine. Kritisch verweist sie auf die Konsequenzen: eine im Widerspruchs- oder Klageverfahren erstrittene Weiterbewilligung, die aus ihrer Sicht absehbar gewesen sei.

„Also das ist eine Geschichte, wo ich sage, da komme ich manchmal in einen Interessenskonflikt mit meinem gesunden Menschenverstand und mit meinem medizinisch erlesenen Wissen, wo ich dann manchmal sag, also wenn ich jetzt der Arzt wäre, ich würde anders entscheiden, aber ich bin`s nicht. Weil, das läuft dann meistens aufs Widerspruchsverfahren hinaus [...], wenn ich das ablehne, und dann bin ich in einem Jahr bei der Weitergewährung und dann zahle ich den ganzen Spaß nach, und auch mit Zinsen. [...] Solange haben die sich dann durch die Instanzen geklagt, entweder im Widerspruch oder sogar im Sozialgerichtsverfahren, und am Ende kriegen sie ihre Rente doch, und da sage ich mir dann manchmal, das hätten wir uns schenken können“ (207RV, 540–590).

Widerspruchsverfahren

Sind die Versicherten mit der Entscheidung der Rentenversicherung nicht einverstanden, können sie Widerspruch einlegen. Typischer Anlass für einen Widerspruch in EMR-Verfahren ist wie bei der DRV West deren *Ablehnung*. Die Widerspruchsquote ist hoch; Schätzungen einiger Gesprächspartner_in-

nen zufolge legen vier von fünf Versicherten gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch ein.

„So 80 Prozent gehen sicherlich in Widerspruch, weil wenn ich keine Rente will, da hätte ich ja nicht unbedingt einen Antrag gestellt. Es gibt Ausnahmen, die wirklich aufgefordert wurden und das aber gar nicht wollten. Aber ich sage einmal, im Regelfall nimmt man eine Ablehnung halt nicht hin.“ (212RV, 210).

Der Widerspruch erfolgt häufig mit anwaltlicher Unterstützung.

Das Widerspruchsverfahren ist dreistufig angelegt, und unterscheidet sich somit deutlich von der DRV West: Eine erste Abhilfeprüfung erfolgt in PuS; wenn dem Widerspruch hier nicht stattgegeben wird, geht der Fall zum Bereich Rechtsbeihilfe, wo eine sogenannte „qualifizierte Abhilfeprüfung“ erfolgt. Wird hier ebenfalls nicht stattgegeben, geht der Fall an den Widerspruchsausschuss.

Die erste Abhilfeprüfung in PuS erfolgt im Grundsatz wie bei der DRV West: Geht ein Widerspruch ein, wird er in der Regel im selben Rententeam sowie durch dieselben Personen bearbeitet wie im Ausgangsverfahren. Auch im SMD-PuS werden die Fälle den Prüf- und Gutachterärzt_innen aus dem Ausgangsverfahren zugeleitet; hier kommt es jedoch häufiger zu Vertretungen, sodass andere Ärzt_innen nun involviert sind. Werden in der Widerspruchsbegründung keine Sachverhalte genannt, die neue Ermittlungen in PuS oder im SMD-PuS erfordern, wird der Widerspruch im Sinne einer Ablehnung direkt an RB zur qualifizierten Abhilfeprüfung weiter geleitet. Im Regelfall werden jedoch medizinische Argumente vorgebracht; in diesen Fällen ist auch der SMD-PuS wieder zu beteiligen.

Das Verfahren im SMD-PuS läuft vergleichbar dem Ausgangsverfahren mit der Ausnahme, dass im Falle damaliger Entscheidungen ohne Veranlassung eines externen Fachgutachtens dies nun in jedem Fall nachgeholt wird. Hier wird nun gründlich ermittelt, auch um RB nicht ungerechtfertigt zu belasten, denn „wenn wir nicht ordentlich arbeiten, hat sie [die Teilbereichsleitung RB-SMD] die Suppe folglich auszulöffeln. Das geht nicht.“ (202RV, 168). Bei der Prüfung der medizinischen Sachverhalte wird insbesondere auf mögliche Veränderungen, insbesondere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes seit der Antragstellung, geachtet.

Auf der Grundlage der Stellungnahme des SMD trifft die Teamleitung die abschließende Entscheidung. Wird dem Widerspruch stattgegeben, erhalten die Versicherten einen Abhilfebescheid; wird ihm nicht stattgegeben, geht der Vorgang an RB. Die Abhilfequote bei der DRV Ost ist überdurchschnittlich hoch. Abhilfen werden zum einen mit Verschlechterungen des

Gesundheitszustandes der oder des Versicherten im Verfahrensverlauf begründet, der nun eine rentenrechtlich relevante Minderung des Leistungsvermögens erreicht habe, zum anderen mit der veränderten Befundlage durch intensiverte Ermittlungen, insbesondere die erstmalige Beauftragung eines Fachgutachtens. Während der Verzicht auf Fachgutachten im Ausgangsverfahren einerseits unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten befürwortet wird, weil durch die Widerspruchs begründung erst die Fachrichtung des erforderlichen Gutachtens klar werde, wird dieser seit 2013 geltende Verfahrensgrundsatz von anderer Seite problematisiert:

„Es wird auf relativ wenigen medizinischen Unterlagen die Entscheidung getroffen und wenn dann der Widerspruch kommt, dann wird da noch mal genauer drauf geschaut. Deswegen haben wir auch eine ziemlich hohe Abhilfequote, ich glaube, die höchste bundesweit“ (204RV, 234).

Die Einführung des neuen Verfahrensgrundsatzes scheint sich deutlich auf die Sachaufklärung und die Entscheidungsgrundlage auszuwirken: Während einerseits die Abhilfequote hierdurch steigt – „So interpretiere ich das, wie das nach oben gegangen ist mit der Abhilfequote. Also ich habe keine andere Interpretation“ (204RV, 253) –, scheint es keine Auswirkungen auf gerichtliche Prozesse zu haben, denn es werden nicht „substanziell mehr Schwierigkeiten in Gerichtsverfahren“ berichtet (202RV, 174). Die beiden Abhilfeprüfungen im Widerspruchsverfahren scheinen eine nachholend ausgleichende Wirkung zu haben.

Gleichwohl kann man nach Effizienz und insbesondere nach „Kundenorientierung“ fragen, wenn die Gestaltung des Ausgangsverfahrens unter der Prämisse eines Widerspruches erfolgt. „Wenn jemand wirklich einen Rentenbedarf hat, unser Sozialsystem bietet so viele Möglichkeiten. Er braucht nur in Widerspruch gehen.“ (202RV, 78)

Im Zuge der Widerspruchsverfahren steigt die Bewilligungsquote im Bereich Erwerbsminderungsrenten deutlich und auf ein bundesweit angenähertes Ergebnis an, von gut 25 Prozent nach dem Erstantrag – „Wobei da der Schnitt natürlich 39 ist. [...] Das sind 14, 15 Prozentpunkte, also das ist schon enorm. Und im Vergleich, die anderen Trägern befinden sich alle im 30er-, 40er-Bereich, die DRV Bund sogar bei 50 Prozent. Also, da wird jeder zweite Antrag bewilligt, bei uns nur jeder vierte.“ (204RV, 149–151) –, auf knapp 43 Prozent nach einem Widerspruchsverfahren.

Wird dem Widerspruch nicht stattgegeben, wird der Vorgang an RB zur qualifizierten Abhilfeprüfung abgegeben. Die Hauptsachbearbeiter_innen in RB prüfen den gesamten Vorgang. Dabei werden im Vorgriff auf ein mögli-

ches Klageverfahren auch gerichtliche Anforderungen insbesondere an die Sachaufklärung, aber auch die Zulässigkeit verweisbarer Tätigkeiten berücksichtigt. „Die wissen, wenn eine Klage kommt, wo sind die Schwachstellen, und die sollen [...] schon abgeklärt sein.“ (208RV, 12). Ist der Vorgang ausermittelt und RB folgt der Widerspruchsablehnung von PuS, wird der Fall direkt an einen Widerspruchsausschuss gegeben. Gibt es noch Sachaufklärungsbedarfe, werden diese von den Hauptsachbearbeiter_innen selbst durchgeführt oder der Fall an PuS zurückgegeben, falls dort im Rahmen der ersten Abhilfeprüfung nicht ausreichend ermittelt worden war.

Der SMD-RB wird nur beteiligt, wenn während der qualifizierten Abhilfeprüfung in RB neue medizinische Unterlagen eingehen sowie in jenen Fällen, in denen Fragen seitens der Hauptsachbearbeiter_innen, beispielsweise zur Leidensgerechtigkeit verweisbarer Tätigkeiten, bestehen. Der SMD-RB ist in Widerspruchsverfahren jedoch eher selten involviert; seine Hauptaufgaben liegen in der Klagebearbeitung. Die Ärzt_innen des SMD-RB können im Widerspruchsverfahren, anders als in Klageverfahren, medizinische Ermittlungen durchführen. Sie können im Bedarfsfall auch externe Fachgutachten auslösen, was jedoch eher selten vorkommt und in diesen Fällen vornehmlich durch erhebliche gesundheitliche Veränderungen im Verfahrensverlauf begründet ist. Um dies zu vermeiden, gibt es Bestrebungen, die Verfahrenslaufzeit ab dem Antragsbescheid möglichst kurz zu halten.

„In einem Jahr kann sich viel tun. Wenn aber der Bescheid, der Widerspruch und dann unsere Sicht auf die [Situation] kurz ist, da ist in der Regel ja gar nicht viel Veränderung möglich. Und das ist für uns besser, weil wir dann weniger zusätzliche Arbeit haben, zusätzliche Ermittlungen“ (208RV, 40).

Vergleichbar den Hauptsachbearbeiter_innen, kann der SMD-RB den Fall an den SMD-PuS zurückgeben, falls Mängel in der medizinischen Sachaufklärung gesehen werden oder eine Einschätzung nicht nachvollziehbar ist. In der Vergangenheit kam das öfter einmal vor und sollte auch insofern „erzieherisch wirksam sein“ (209RV, 95), dass sich vorgeschaltete Bearbeitungsinstanzen nicht zulasten der nachfolgenden von ihrem Arbeitspensum durch eine Sachaufklärungsstrategie „husch husch und weg vom Tisch“ (208RV, 95) entlasten. Heute kommt das jedoch selten vor. Zum einen sind die Hürden für Rückgaben hoch, da diese allein über die Teilbereichsleitung SMD-RB sowie die Regionalleitung möglich sind; zum anderen weil die Kompetenz der Ärzt_innen des SMD-PuS nicht in Frage gestellt wird.

„Es wird eigentlich eher nicht stattfinden, dass man ohne gute Gründe von der vorangegangenen prüfärztlichen Einschätzung abweicht. Da braucht man

schon gute Gründe. Vorher hat auch ein Arzt gesessen, der hat sich auch was dabei gedacht. Das kann mal falsch sein, es kann aber jeder mal falsch liegen. Oder aber es ist in irgend so einem Grauzonenbereich und der eine, der [...] entscheidet sich bei hellgrau und der andere braucht eben ein bisschen mehr dunkelgrau für die Entscheidung“ (208RB, 95).

Die Stellungnahmen des SMD-RB gehen an die Hauptsachbearbeiter_innen; diese entscheiden abschließend über den Widerspruch. Im Sinne des Vier-Augen-Prinzips erfolgen eine Prüfung des Vorgangs und der Entscheidung sowie die endgültige Freigabe durch die Teamleitungen. Wird dem Widerspruch stattgegeben, erhalten die Versicherten einen Abhilfebescheid seitens RB; hier wird über die Bewilligung der Erwerbsminderungsrente, den Zahlungsbeginn sowie im Falle einer Befristung über die Dauer informiert. Der Ausführungsbescheid, der von PuS erstellt wird, informiert insbesondere über die Höhe der Erwerbsminderungsrente.

Wird dem Widerspruch *nicht* stattgegeben, wird der Vorgang an den Widerspruchsausschuss überwiesen. Das Verfahren läuft ähnlich dem der DRV West (s. o., S. 171 ff.).

Klageverfahren

Sind Versicherte mit dem ablehnenden Widerspruchsbescheid nicht einverstanden, können sie Klage erheben. Das Verfahren und die Aufgaben von RB und SMD-RB sind grundsätzlich ähnlich wie bei der DRV West (s. o., S. 173 f.).

Aus Sicht einer Gesprächsperson hat die Klagefreudigkeit zugenommen; waren bereits im Widerspruchsverfahren Rechtsvertretungen beteiligt, führe dies bei einem ablehnenden Widerspruchsbescheid „garantiert“ (210RV, 289) zu einer Klage. Neben der Verbreitung von Rechtsschutzversicherungen hänge dies auch mit einer generellen Widerspruchsbereitschaft in der Bevölkerung gegenüber ablehnenden Bescheiden zusammen, die ihrerseits auf einer Einschätzung genereller Antragsablehnungen beruhe.

„Und was uns auffällt, also wir sehen ja nur unseren eigenen Schreibtisch, dass die Klagefreudigkeit in den letzten Jahren höher geworden ist. Und dass auch in der Bevölkerung so ein bisschen die Meinung kursiert: ‚Wenn irgendwas abgelehnt wurde, dann [...] musst du Widerspruch einlegen.‘ [...] ‚Es wird heute alles erstmal abgelehnt, so ist die Meinung, ‚also muss man erstmal Widerspruch [einlegen]‘“ (208RV, 42–44).

Anwaltliche Vertretungen sind aus Sicht der Gesprächspartner_innen eigentlich nicht notwendig, da letztlich das medizinisch festgestellte Leistungsvermögen relevant sei und eine Rechtsvertretung hierauf keinen Einfluss habe.

Allerdings seien Rechtsvertretungen erfahrener im Umgang mit medizinischen Unterlagen, sodass sie deren Aussagen besser einordnen könnten. Zudem seien sie kompetenter in gerichtlichen Vergleichsverhandlungen, beispielsweise hinsichtlich der Festlegung des Leistungsfalls, der aufgrund der langen Verfahrensdauer von Klageverfahren sowie einer möglicherweise sukzessiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht immer eindeutig datierbar sei und damit Gegenstand von Verhandlungen sein könne. Die lange Dauer von Klageverfahren hängt aus Sicht einiger Gesprächspartner_innen auch mit der Strategie der Gerichte zusammen, die Beauftragung von Gutachten zunehmend zu vermeiden und zunächst bestehende Befundunterlagen zusammenzutragen. Dies wird insofern problematisiert, da sich hierdurch die Entscheidung erheblich verzögere, und zudem häufig letztlich doch eine Begutachtung notwendig sei. Teilweise habe sich die gesundheitliche Verfassung der Versicherten zwischenzeitlich so verschlechtert, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung eine rentenrechtlich relevante Erwerbsminderung vorliege, sodass seitens des SMD-RB der Votierung des gerichtlich bestellten Sachverständigen oftmals gefolgt werden könne. Eine Entscheidung zugunsten der Versicherten wird insofern nicht als Ausdruck einer zuvor unzureichenden Einschätzung des Leistungsvermögens, sondern der Anerkennung eines veränderten Sachverhaltes angesehen.

Interaktionen innerhalb der DRV Ost

Die Interaktionen zwischen den verschiedenen Abteilungen erfolgen im Regelfall formalisiert entlang der Gutachtaufträge sowie entlang der Widerspruchsbearbeitung. Individuelle Kontakte entstehen, wie bei der DRV West, vornehmlich fallbezogen durch Rückfragen von PuS bzw. den SMD-RB an den SMD-PuS im Zusammenhang mit dessen Leistungseinschätzung. Rücksprachen kommen insgesamt eher selten vor. Sofern die kollegialen Beziehungen gut sind, erfolgen sie auf telefonischem oder persönlichem Weg; aufgrund des Regionalprinzips der DRV Ost sind alle Abteilungen in einem Regionalzentrum ansässig und die Wege entsprechend kurz.

Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen wird allgemein als gut beschrieben. Gleichwohl gibt es Hinweise auf Spannungen, die über persönliche Konflikte zwischen einzelnen Beschäftigten hinausweisen. Diese lassen sich zwei Konfliktlinien zuordnen.

Zum einen berühren die Konflikte Fragen um Aufgaben und Zuständigkeiten, beispielsweise über den je spezifischen Beitrag von PuS und den Steuerungskräften im SMD-PuS zur Aktenvorbereitung und -führung. Hier könnten Unklarheiten in Folge veränderter Aufgabenzuschnitte im Zusam-

menhang mit den permanenten Reorganisationen stehen, die durch den zunehmenden Arbeitsdruck in Folge des Benchmarking möglicherweise an Bedeutung und Schärfe gewonnen haben.

Zum anderen werden Konflikte thematisiert, die ebenfalls Ausdruck der zunehmenden Arbeitslast sein können, möglicherweise aber auch die Stellung der medizinischen Profession im Gesamtgefüge der Organisation betreffen. Beispielsweise werden Stellungnahmen des SMD-PuS, so zur Aufhebung einer Zeitrente, kritisiert, weil die vermeintlich vorhersehbaren Folgen – Weitergewährung nach Widerspruchsverfahren – nicht ausreichend berücksichtigt würden. Votierungen des SMD ohne eine derartige Folgenabschätzung entsprechen jedoch der ärztlichen Unabhängigkeit, die seitens des SMD zum Teil sehr deutlich herausgehoben wird.

„Wir sind nur beratender Dienst der Sachbearbeitung und das kriegen wir immer wieder zu hören. Und das ist eigentlich auch etwas sehr Schönes, denn das garantiert eine gewisse Unabhängigkeit. [...] Ein Vorgutachter, wenn er gesagt hat ‚er muss auf Rente‘ und dann kriegen wir das Verfahren wieder auf den Tisch [...], dann können wir sagen, die Erstvotierung war falsch. Dann sagt uns die Sachbearbeitung ‚Das kriegen wir doch nie durch. Einmal Rente, immer Rente‘ und ‚er hat sich doch nicht gebessert‘. Dann ändert das nichts. Aus medizinischer Sicht ist die jetzige Situation so, dass wir dem die Rente eigentlich entziehen müssen und das schreiben wir auch hin, egal welche Konsequenzen das hat. [...] Das Endergebnis ist nicht etwas, was ich verantworten muss. [...] [Ich] sage ‚nein‘, auch wenn ich genau weiß, dass ich vor dem Richter nicht durchkomme. [...] Der Richter mag es anders sehen, aber medizinisch ist es Unsinn“ (202RV, 70).

Interaktion zwischen Rentenversicherung und Versicherten

Interaktionen zwischen Rentenversicherung und Versicherten erfolgen im Regelfall formalisiert und schriftlich entlang der Reha- oder Erwerbsminderungsrentenanträge. Persönliche Kontakte entstehen, neben eventuellen Antragsaufnahmen in einer AuB-Stelle, allein durch telefonische Nachfragen der Versicherten zum Sachstand ihres Antrages. Persönliche Kontakte zum SMD, wie sie bei der DRV West im Rahmen einer Begutachtung in einer Untersuchungsstelle bestehen, können bei der DRV Ost seit dem Verzicht auf eigene Begutachtungen nicht mehr vorkommen.

Interaktion zwischen Rentenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern

Wie bei der DRV West gibt es zwei Anlässe für fallbezogene Interaktionen der DRV Ost mit anderen Sozialleistungsträgern: Ermittlungen im Zuge ei-

nes von Versicherten eigeninitiativ oder nach Aufforderung durch einen anderen Sozialleistungsträger gestellten Reha- oder Erwerbsminderungsrentenantrages. Anders als bei der DRV West werden Konflikte mit anderen Sozialleistungsträgern kaum formuliert; im Gegenteil wird eine gute Zusammenarbeit insbesondere mit den Arbeitsagenturen bzw. dem dortigen ÄD formuliert.

Der SMD-PuS verfügt über Durchwahltelefonnummern zu den Ärzt_innen des ÄD, sodass direkte telefonische Kontakte, insbesondere bei Divergenzen in der Leistungseinschätzung möglich sind. Das Vorgehen zur Auflösung von Divergenzen ist geregelt und sieht einen zunächst telefonischen Klärungsversuch vor. Die Konsensherstellung auf diesem Wege gelingt gut; nur sehr selten wird vom offiziellen Divergenzverfahren Gebrauch gemacht. Dies scheint weniger an der tatsächlichen Durchsetzungsmacht der Rentenversicherung als gesetzlich definierter Letztentscheiderin zu liegen. Vielmehr werden zum einen unterschiedliche Entscheidungsgrundlagen konstatiert, die dem ÄD einen potenziellen Informationsvorsprung einräumen, sofern dort persönliche Begutachtungen durchgeführt wurden.

„Also wir sehen quasi die Versicherten nicht. Die Arbeitsagentur begutachtet selbst. Und da sind manchmal schon noch Zusatzinformationen, die wir einfach nicht haben. Ich weiß, ich habe mal ein Leistungsbild auch wegen einer Dialyse-Erkrankung, also Nierenerkrankung, dialysepflichtig, erstellt. Und da rief die Kollegin mich nach vier Wochen an und hat gesagt: ‚Nein, der hat aber einen Drogenmissbrauch.‘ Habe ich nicht gewusst, stand nirgends da, und wo dann sowas ist, da müssen wir uns abstimmen, und das machen wir dann auch.“ (206RV, 133).

Es wird jedoch, wie bei der DRV West, die Zunahme von Aktenlagen beklagt, was die Nachvollziehbarkeit der Leistungseinschätzung seitens des SMD beeinträchtigt.

Zum anderen lässt sich die einvernehmliche Divergenzauflösung auch auf die Kenntnis und Akzeptanz der jeweils organisationspezifischen Aufgabe und Perspektiven zurückführen.

„Letztes Jahr hatten wir einen gemeinsamen Qualitätszirkel mit den Kollegen der BA. [...]Wir haben eigentlich allesamt gemerkt, dass jeder nach seinen Vorgaben richtig arbeitet, aber dass die Zielsetzung der BA eine andere ist als unsere. Und das muss man nur so zur Kenntnis nehmen, und wenn man sich dann zusammensetzt – telefonisch kontaktiert –, kommt man meist auch zu einem Konsens, weil man etwas akzeptieren muss, auch wenn mir das jetzt nicht in den Kram hineinpasst. Beispiel ist der Alkoholiker. Sie sagen dann immer ‚Wie soll ich den Alkoholiker vermitteln?‘ Das ist nicht unsere Aufgabe,

sondern unsere Aufgabe ist ‚Kann er noch arbeiten?‘ [...] Die BA kennt unsere Kriterien, wir kennen die Kriterien der BA; und wir werden auch nicht zu einem Konsens kommen“ (202RV, 124).

Auch in der Zusammenarbeit mit Jobcentern gibt es die Vorgabe, divergierende Leistungseinschätzungen im Konsens aufzulösen, allerdings gibt es kein offizielles Divergenzverfahren. Die Einschätzungen zum Auftreten von Antragsaufforderungen variieren zwischen den Gesprächspartner_innen: Während einerseits von einer deutlichen Zunahme berichtet wird, nehmen andere eine eher nachlassende Aufforderungsintensität wahr. Sie erklären dies mit einer nunmehr abgeschlossenen Prüfung aller in Frage kommenden Langzeitarbeitslosen. „Jetzt haben wir das Gefühl, dass die [...], die schon viele Jahre arbeitslos sind und aus objektiven oder subjektiven Gründen nicht mehr in der Lage sind zu arbeiten, dass sie die jetzt alle durch haben. Also die haben wir geklärt. Die haben entweder ihren Ablehner gekriegt oder sie kriegen am Ende eine Rente“ (207RV, 89–91). Zugleich wird der Eindruck beschrieben, dass langzeitarbeitslose Versicherte ihren EMR-Antrag weit überwiegend nach Aufforderung durch die Jobcenter stellen; nur ein geringer Teil unter ihnen tue dies eigeninitiativ und sei in diesen Fällen auch sehr krank.

Reha-Angelegenheiten werden im eigens dafür zuständigen Reha-Team bearbeitet. Antragsaufforderungen der Krankenkassen, die ja allein zur Reha-Antragstellung auffordern können, treffen zunächst hier ein und gelangen allein im Falle einer Umdeutungsprüfung zum Rententeam. Bei Reha-Anträgen mit Umdeutungsprüfung spielen nach Einschätzung der Gesprächspartner_innen Aufforderungen durch Krankenkassen eine erhebliche Rolle. Diese fordern ihre Versicherten sehr unterschiedlich frühzeitig zu entsprechenden Antragstellungen auf. Wie bei der DRV West werden hier fiskalische Motive unter dem Druck des Krankenkassenwettbewerbs angenommen, während Aufforderungen durch Arbeitsagenturen und Jobcenter mit Einschätzungen mangelnder Vermittelbarkeit gesundheitlich beeinträchtigter Leistungsbeziehender erklärt werden.

5.2.3 Der überregional tätige Rentenversicherungsträger

Geschichte und Standorte

Die DRV Bund wurde 1912 als Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (RfA) gegründet und ab 1953 als Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) weitergeführt. Im Zuge der Organisationsreform 2005 wurde sie unter

dem Namen Deutsche Rentenversicherung Bund in die Deutsche Rentenversicherung überführt. Die räumliche Zuständigkeit der DRV Bund erstreckt sich über das gesamte Bundesgebiet.

Mit der Organisationsreform hat die DRV Bund zudem Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die Gesetzliche Rentenversicherung als Gesamtheit übernommen. Sie ist unter anderem für die Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung zuständig, für grundsätzliche finanzielle Fragen im Rahmen der Finanzverfassung des gesamten Systems sowie – unter Wahrung der Selbstständigkeit der einzelnen Träger – für grundsätzliche organisatorische Fragen; darüber hinaus entwickelt und steuert sie den vom Gesetzgeber geforderten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb zwischen den Trägern im Rahmen eines Benchmarkingsystems (§ 138 Abs. 1 SGB VI).

Die DRV Bund ist wie der in diese Untersuchung einbezogene regionale Träger DRV West zentral organisiert, mit einem Hauptsitz in Berlin und Dienststellen in Brandenburg, Gera, Stralsund und Würzburg. Mit Ausnahme von Würzburg und Brandenburg sind hier auch die Leistungsabteilungen „Versicherung und Rente“ sowie der Sozialmedizinische Dienst (SMD) angesiedelt, die im Falle von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente tätig werden. Die DRV Bund führt wie die DRV Ost keine eigenen Begutachtungen durch und hält keine entsprechende Infrastruktur vor; die angestellten Beratungsärzt_innen erstellen ihre Voten allein nach Aktenlage. Darüber hinaus verfügt die DRV Bund bundesweit über etwa 70 Honorarärzt_innen, die für einen wesentlichen Teil der Erwerbsminderungsrentenanträge die Aufgaben der angestellten Beratungsärzt_innen übernehmen.

Zur Beratung von Versicherten sowie zur Aufnahme von Anträgen und Widersprüchen werden Auskunft- und Beratungsstellen (AuB-Stellen) in eigener Regie nur noch in Berlin, Brandenburg, Gera und Stralsund vorgehalten. Im Zuge der Organisationsreform 2005 wurde der Betrieb der AuB-Stellen den Regionalträgern übertragen; die Bundesträger dürfen nur jene an ihren Dienststellen in Eigenregie weiter betreiben. Die AuB-Stellen bieten ihre Dienstleistungen wie Beratung und Antragsaufnahme nun *allen* Versicherten an, unabhängig davon, welcher Rentenversicherungsträger das Versicherungskonto führt, sodass sich die Versicherten der DRV Bund mit ihren Anliegen an jede der rund 1.000 AuB-Stellen bundesweit wenden können. Insgesamt rund 2.600 ehrenamtlich tätige Versichertenberater_innen der DRV Bund sind ebenfalls zur Beratung und Antragsaufnahme berechtigt. Für die Bearbeitung von Widersprüchen, denen verwaltungsseitig nicht abgeholfen werden konnte, sind bundesweit 256 Widerspruchsausschüsse tätig.

Anders als bei der DRV West und der DRV Ost verfügen die verwaltungsseitigen Vertreter_innen in den Widerspruchsausschüssen der DRV Bund über ein Stimmrecht.

Aufbau

Mit Angelegenheiten einer (potenziellen) Erwerbsminderung sind vornehmlich die Leistungsabteilungen mit der Sachbearbeitung sowie der Beratungsärztliche Dienst (BÄD) befasst. Die Aufgabenteilung ist aufgrund der berufsspezifischen Kompetenzen ähnlich mit jenen der beiden anderen Rentenversicherungsträger: Die Leistungsabteilung prüft die versicherungsrechtlichen Sachverhalte und entscheidet über eine Erwerbsminderungsrente, der BÄD prüft die medizinischen Voraussetzungen und nimmt in seinem Gutachten Stellung zu Umfang und voraussichtlicher Dauer einer Erwerbsminderung.

Es gibt insgesamt fünf Leistungsabteilungen (zwei in Berlin und dort auch eine weitere Leistungsabteilung „Ausländer“ für im Ausland lebende Versicherte der DRV Bund, je eine in Gera und Stralsund), in denen alle Angelegenheiten der Versicherten in den Bereichen Versicherung und Renten bearbeitet werden. Reha-Angelegenheiten werden in einer gesonderten Reha-Abteilung bearbeitet. Die Leistungsabteilungen sind in Dezernate untergliedert. Die Zuordnung der Versicherten zu den Dezernaten erfolgt geburtsstagsbezogen, d. h. dass alle Versicherten, die an einem bestimmten Kalendertag geboren sind, beispielsweise dem Fünften, unabhängig von Monat oder Geburtsjahr, in einem Dezernat betreut werden.

Die Leitung der Dezernate obliegt Dezernatsmanager_innen. Zu ihren Aufgaben gehört neben der Personalverantwortung auch die Sachbearbeitung von Erwerbsminderungsrenten, gemeinsam mit drei weiteren Dezernent_innen. Jedes Dezernat hat mehrere Teams mit jeweils mehreren Beschäftigten, die jeweils von einer Teamleitung geführt werden.

Darüber hinaus gibt es in jedem Dezernat ein Sonderteam für Widerspruchs- und Klageverfahren, in dem besonders erfahrene Mitarbeiter_innen tätig sind. Ausgenommen hiervon sind jene Fälle, in denen die Verwaltung einem Widerspruch nicht abhilft und der Vorgang im Widerspruchsausschuss behandelt werden muss; für die Vorbereitung und Durchführung der Widerspruchsausschusssitzungen ist die Zentrale Widerspruchsstelle zuständig, die als Stabsstelle nicht in die Abteilungen und Dezernate integriert ist. Die Zuweisung der Versicherten an die Teams erfolgt entlang der Versicherungsnummern/alphabetisch. So ist gewährleistet, dass die Versicherungs- und Rentenangelegenheiten der Versicherten immer im gleichen Team bearbeitet werden.

Die Dezernatsleitung sowie die Dezernt_innen sind überwiegend juristisch ausgebildet; in jedem Dezernat verfügt jedoch mindestens eine bzw. einer der Dezernt_innen über eine Verwaltungsausbildung. Als Aufstiegsbeschäftigte mit entsprechenden Fortbildungen und verschiedenen beruflichen Stationen innerhalb der Organisation verfügen sie über ein sehr breit gefächertes Wissen. Teamleitungen sowie Sachbearbeiter_innen verfügen im Regelfall über einen Fachhochschulabschluss.

Mit der Bearbeitung von Erwerbsminderungsrenten sind nicht alle Beschäftigten eines Dezernats bzw. Teams betraut, sondern nur bestimmte Funktionsebenen. Dabei erfolgt die Fallbearbeitung, wie bei den anderen Rentenversicherungsträgern, arbeitsteilig: Teamleitungen sowie Sachbearbeiter_innen führen die notwendigen Ermittlungen durch und bereiten den Sachverhalt auf; die Dezernt_innen prüfen die Vorlagen auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit und treffen abschließend die sozialrechtliche Entscheidung. Die Bearbeiter_innen eines Teams – also die unterhalb von *Sachbearbeiter_innen* eingestuftten Beschäftigten – sind in die Bearbeitung von Erwerbsminderungsrenten nicht involviert, sondern bearbeiten Alters- und Hinterbliebenenrenten.

Den Dezernaten sind Ärzt_innen des BÄD zugeordnet. In Vollzeit beschäftigte Abteilungsärzt_innen betreuen jeweils vier Dezernate, Beratungsärzt_innen jeweils ein Dezernat. Während letztere für die Gutachtenerstellung zuständig sind, ist eine der Hauptaufgaben der ersteren, dies zu steuern und zu überwachen. Durch die Zuordnung zum Geschäftsbereich „Versicherung und Rente“, der allein für Renten- und nicht für Rehabilitationsangelegenheiten zuständig ist, sind auch die Ärzt_innen in diesem Bereich allein mit Gutachten im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrenten befasst. Dies geschieht über alle Verfahrensstufen einschließlich Widerspruch und Klage hinweg, sofern medizinische Sachverhalte eine Rolle spielen. Sind in einem Dezernat aufgrund von Teilzeitbeschäftigung mehrere Ärzt_innen beschäftigt, erfolgt die Bearbeitung auf allen Verfahrensstufen im Regelfall durch die für das Antragsverfahren zuständigen Ärzt_innen.

Im BÄD sind Ärzt_innen unterschiedlicher Fachrichtungen tätig. Ihre Zuständigkeit für die Erstellung von Gutachten beschränkt sich jedoch nicht auf Fälle mit einer entsprechenden (Haupt-)Diagnose, sondern sie sind – fachübergreifend – zuständig für *alle* Gutachtenfälle ihres Dezernats. Für Fälle mit nervenärztlichen Hauptdiagnosen besteht ergänzend die Möglichkeit, den nervenärztlichen Dienst zu beteiligen und dessen fachliche Expertise einzuholen. Hintergrund ist, dass dieser Bereich die Kompetenz der Beratungsärzt_innen anderer Fachrichtungen insbesondere in komplexeren Fällen

übersteigen und eine sachgerechte Entscheidung verhindern kann. Zugleich wird das Bemühen um „gerichtsfeste“ Gutachten betont, was die Beteiligung von entsprechenden Fachärzt_innen erfordert.

„Außerdem muss das gerichtssicher gemacht werden, und ein nervenärztlicher Stempel zu einem nervenärztlichen Gutachten gilt vor Gericht mehr als der eines Allgemeinmediziners“ (009RV, 216).

Neben den bei der DRV Bund angestellten Beratungsärzt_innen sind bundesweit rund 70 weitere Ärzt_innen mit der Erstellung von sozialmedizinischen Stellungnahmen betraut. Hierbei handelt es sich um Honorarkräfte, oft niedergelassen mit eigener Praxis, die an einer der rund 1.000 Auskunft- und Beratungsstellen angedockt sind. Sie führen – wie die angestellten Beratungsärzt_innen – sozialmedizinische Ermittlungen durch und erstellen ein abschließendes Votum, allerdings beschränkt auf jene Anträge auf Erwerbsminderungsrente, die in einer AuB-Stelle aufgegeben werden, Erstanträge sind und keine komplizierten Sachverhalte aufweisen (s. u.). Nach Auskunft einer Interviewperson wird bei zwei Dritteln aller Erstanträge die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen, das sogenannte Rentenvorverfahren, auf diese Weise erledigt.

Sowohl im BÄD als auch bei den Honorarärzt_innen werden die sozialmedizinischen Voten allein nach Aktenlage erstellt, d. h. die Ärzt_innen führen keine persönlichen Begutachtungen durch. Sollte dies jedoch für notwendig erachtet werden, können von beiden Gruppen externe Fachgutachten beauftragt werden. Die abschließende Stellungnahme einschließlich der Einschätzung der Leistungsfähigkeit wird jedoch von den Beratungs- bzw. Honorarärzt_innen vorgenommen. Eine Ausnahme hiervon kann bestehen, wenn Honorarkräfte ein externes Gutachten beauftragen und „ihre“ AuB-Stelle von einem Regionalträger betrieben wird, der eigene Untersuchungsstellen vorhält. In diesen Fällen ist es möglich, dass die persönliche Begutachtung einschließlich der abschließenden Stellungnahme dort, von beim Regionalträger angestelltem ärztlichem Personal – jedoch „nach den Richtlinien der DRV Bund“ (006RV, 24), wie eine Interviewperson betonte – durchgeführt wird. Unklar ist, inwiefern sich diese „Richtlinien“ möglicherweise von jenen des Regionalträgers unterscheiden.

Das tägliche Arbeitspensum und dessen Bewertung variieren zwischen den Bereichen. Für die Sachbearbeitung wird ein „angestregtes Arbeiten“ (007RV, 72) beschrieben, da zum einen die Vorgänge um Erwerbsminderungsrenten immer anspruchsvoller und komplexer geworden seien, insbesondere aufgrund des Zusammenspiels mit anderen Leistungsträgern sowie

der Berücksichtigung von Reha-Maßnahmen, und zum anderen neben deren Bearbeitung Massenvorgänge wie beispielsweise die Umsetzung der „Mütterrente“ zu bewältigen seien. Die Dezernatsleitungen, die aufgrund ihrer Personalverantwortung nur etwa 85 bis 90 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Angelegenheiten um Erwerbsminderungsrenten beschäftigt sind, haben etwa 20 bis 30 Anträge täglich zu prüfen. Die Bearbeitungszeit pro Vorgang variiert stark: Sind beispielsweise die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, werden keine sozialmedizinischen Ermittlungen durchgeführt und der Fall ist schnell entschieden; haben Versicherte eine lange Leidensgeschichte, nimmt die Prüfung hingegen erheblich mehr Zeit in Anspruch.

Im BÄD hat eine ärztliche Vollzeitkraft 40 bis 50 Vorgänge täglich zu bearbeiten, wobei auch hier die Bearbeitungsdauer je Vorgang variiert – die Anforderung eines Befundberichtes geht wesentlich schneller als das Anfertigen einer Zusammenfassung für das Sozialgericht – und auch variieren muss, damit das Pensum von „im Schnitt sechs Akten pro Stunde plus Toilettengänge“ (009RV, 42) zu schaffen ist. Dies wird als realistisches Arbeitstempo beschrieben, für das jedoch eine gewisse Routine notwendig sei.

„Die Akten haben ja zwischen 100 und 800 Seiten, also können sie natürlich nicht 40 mal ganze Akten lesen, sondern es muss so eine gewisse Routine entstehen, wo man reingreift, was man tut“ (009RV, 42).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde von veränderten Personalbedarfen im ärztlichen Bereich berichtet. Im Zuge einer neuen Personalbedarfsermittlung wurde für die an der Untersuchung beteiligte Abteilung ein um eine halbe Arztstelle geringerer Bedarf berechnet, da die Zahl der erforderlichen Gutachten rückläufig ist. Die Hintergründe waren der Interviewperson nicht bekannt; eine Vermutung richtete sich auf eine zunehmende Zahl von Anträgen, bei denen die Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllten und medizinische Ermittlungen durch den BÄD nicht erforderlich seien. Der nervenärztliche Dienst hingegen sollte verstärkt werden, was mit einer „steigenden neurologischen und psychiatrischen Problematik“ (009RV, 214) erklärt wurde.

Steuerung

Die Geschäftspolitik der DRV Bund ist wie bei den anderen beiden beteiligten Rentenversicherungsträgern deutlich durch das Benchmarking geprägt. Auch hier werden die dort vereinbarten sowie weitere Indikatoren im Rahmen eines Monitorings beobachtet und für interne Optimierungsprozesse genutzt. Thematisiert wurden insbesondere die Laufzeiten eines Antrages, die

Kosten pro Fallbearbeitung, die Widerspruchs- sowie die Abhilfequote. Hier gibt es klare Bestrebungen, die Ergebnisse im gewünschten Sinne durch Maßnahmen verschiedener Art zu beeinflussen, ohne jedoch konkrete Zielvorgaben beispielsweise hinsichtlich der Bearbeitungsdauer oder der Bearbeitungskosten eines EMR-Antrages zu setzen. Als allgemeines Anliegen wird formuliert: „Wir wollen schnell arbeiten, wir wollen gut arbeiten und wir wollen richtig arbeiten.“ (008RV, 49).

Wie schon bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern, werden auch bei der DRV Bund die Benchmark-Indikatoren insbesondere für den Bereich der Erwerbsminderungsrenten problematisiert. Hinsichtlich der Laufzeiten werden auch hier die vielfältigen, nicht oder wenig beeinflussbaren externen Faktoren, insbesondere bei der Beiziehung medizinischer Unterlagen bzw. bei der Beauftragung externer Gutachten genannt. Gleichwohl gibt es intensive Bemühungen, die Laufzeiten zu verkürzen. So erhalten die Antragstellenden einen Selbstauskunftsbogen, in dem sie die aus ihrer Sicht relevanten Erkrankungen angeben und bereits Befundunterlagen beilegen sollen, sodass die weiteren medizinischen Ermittlungen in geringerem Umfang und zielgerichteter durchgeführt werden können. Auch wird der medizinische Ermittlungsaufwand seitens des BÄD durch Arbeitsanweisungen gerahmt, die beispielsweise Gutachtenaufträge „in Ketten“ (006RV, 62), d. h. die Beauftragung mehrerer Fachgutachten in zeitlich aufeinanderfolgender Reihung, untersagen, da sich hierdurch die Gesamtlaufzeit erheblich verlängert.

„Wenn ich erstmal ein Gutachten mache, dann sage ich ‚Ich komme nicht weiter‘. Dann mache ich das zweite Gutachten, komme nicht weiter. Im dritten Arbeitsschritt will ich erst das dritte Gutachten. Diese Akten legt uns die Verwaltung hier im Referat vor und sagt ‚Also bitte, das ist dann also ein bisschen zu aufwändig‘, weil erfahrungsgemäß von der Entscheidung ‚Ich brauche ein Gutachten‘ bis ‚Gutachten liegt auf dem Tisch‘ [dauert es] Pi mal Daumen sechs Wochen. Das heißt also, sechs Wochen, nochmal sechs Wochen und nochmal sechs Wochen. Das wird als zu aufwändig gesehen. Ich hätte ja gleich sehen können, ich brauche zwei. Ich kann natürlich drei auf einmal machen, kann ich machen“ (006RV, 66).

Ärzt_innen, deren Ermittlungsaufwand auffällig hoch ist, werden durch die jeweiligen Abteilungsärzt_innen oder durch die Fachaufsicht zu Gesprächen gebeten, in denen die Hintergründe eruiert und im Bedarfsfall Schulungsangebote unterbreitet werden können. Allein die Kenntnis der Beratungsärzt_innen hierüber könnte als indirekter Steuerungsmechanismus auf den von ihnen betriebenen Ermittlungsaufwand wirken. Demgegenüber steht die

Notwendigkeit einer ausreichenden Sachermittlung, die von einer verwaltungsseitigen Führungskraft als Anforderung formuliert wird „so viele medizinische Ermittlungen [zu] führen wie tatsächlich notwendig, um in einem Ausgangsverfahren – und das ist für mich sehr, sehr wichtig – in einem Ausgangsverfahren wirklich ausreichend medizinisch zu ermitteln.“ (008RV, 81). Das Ausbalancieren dieser beiden potenziell widersprüchlichen Anforderungen ist von den Ärzt_innen je individuell zu lösen.

Die Kosten pro Fallbearbeitung werden im Wesentlichen im Zusammenhang mit der Beauftragung externer Fachgutachten thematisiert. Eine Budgetierung wird verneint, und unter Verweis auf den medizinischen Ermittlungsbedarf auch nachdrücklich abgelehnt.

„Es spielt natürlich eine Rolle, weil die Kosten sind da und werden entsprechend auf dieses Produkt ‚Erwerbsminderungsrente‘ umgelegt. Aber ich sage mal, es ist in keinster Weise ein Steuerungsmittel. Sondern es wird soweit medizinisch begutachtet, in Auftrag gegeben, Gutachten in Auftrag gegeben, wie es aus Sicht der Ärzte medizinisch erforderlich ist. Und es wäre aus meiner Sicht einfach grob fahrlässig, da irgendeine Vorgabe zu machen aus Kostengründen“ (008RV, 91).

Gleichwohl sind die Ärzt_innen „gehalten, effizient und kostengünstig zu ermitteln“ (009RV, 186). Dies wird mit einer Reihe von Maßnahmen begleitet. Zunächst werden die Kosten erfasst und deren Höhe auch intern jeweils zwischen den Abteilungen und zwischen den Dezernaten verglichen. Dann gibt es Bemühungen, die Zahl der Fachgutachten zu minimieren; hierzu zählen die Einführung des Selbstauskunftsbogens sowie die Arbeitsanweisungen zur Vermeidung von Ketten-Begutachtungen, die zwar vorrangig unter dem Aspekt der Laufzeitverkürzung thematisiert werden, zugleich aber auch kostenwirksam sind. Darüber hinaus wurden die Beziehungen intensiviert, insbesondere werden Gutachten anderer Sozialleistungsträger systematisch angefordert, um auf die Beauftragung von Fachgutachten möglichst zu verzichten. Neben der Reduzierung der Zahl der Fachgutachten gibt es auch Bemühungen, die Kosten je Gutachten zu minimieren, indem auch Fachärzt_innen für Allgemeinmedizin zur Begutachtung gewonnen werden. Begründet wird dies damit, dass diese bei nicht allzu schweren Fällen zugleich internistische als auch orthopädische Aspekte in ihrer Einschätzung zur Leistungsfähigkeit berücksichtigen könnten und zudem das Gutachten geringer vergütet werde als eines der entsprechenden Fachärzt_innen.

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern wird die Abhufquote beobachtet und ebenfalls als Qualitätskriterium, wie sie im Benchmark-Tool verortet ist, in Frage gestellt; und auch hier wird dies begründet

mit möglichen Veränderungen im Verfahrensverlauf hinsichtlich der Befundlage oder des Gesundheitszustandes.

„Aber bei den Erwerbsminderungsrenten ist das aus meiner Sicht kein Qualitätskriterium, weil gerade durch die Entwicklung in verschiedenen Krankheitsverläufen ein in der Vergangenheit ablehnender Bescheid möglicherweise zum damaligen Zeitpunkt richtig gewesen ist, aber möglicherweise im Sinne einer Chronifizierung zu einem späteren Zeitpunkt eine Erwerbsleistungseinschränkung gegeben ist, die zu einer Erwerbsminderungsrente führt“ (008RV, 51).

Auch wenn die Abhilfequote in ihrer Gesamtheit als Qualitätskriterium verneint wird, so werden mögliche Qualitätsmängel nicht pauschal ausgeschlossen und Ursachenforschung zur Aufklärung betrieben.

„Bei den Erwerbsminderungsrenten wird da ganz genau geguckt: Sind das medizinische Gesichtspunkte, die noch mal quasi neu ins Feld geführt worden sind, weitergehende Untersuchungen? Oder aber sind es tatsächlich Fehler der Sachbearbeitung, die aufgetreten sind? Haben sich versicherungsrechtlich neue Sachen ergeben? Also beispielsweise, hat der Versicherte Unterlagen eingereicht, um weitere Zeiten nachzuweisen, und dann führte das dazu, dass dem Antrag doch stattgegeben werden konnte?“ (007RV, 52).

Wie bei den anderen Rentenversicherungsträgern werden Vorgaben zu Bewilligungsquoten nachdrücklich verneint.

Verfahren zur Feststellung der Leistungsfähigkeit

Anders als bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern werden bei der DRV Bund viele Anträge auf Erwerbsminderungsrente aus einer Langzeitarbeitsunfähigkeit eigeninitiativ, d.h. ohne Aufforderung durch einen Sozialleistungsträger, gestellt. Erklärt wird dies mit der besonderen Versichertenstruktur der DRV Bund, die noch überwiegend aus Angestellten besteht: diese würden sich mit den Bedingungen der Sozialversicherung auskennen und wüssten um die Konsequenzen des auslaufenden Krankengeldbezuges, sodass sie rechtzeitig Schritte zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes unternähmen. Daneben seien Antragstellungen nach Aufforderung aber durchaus „relativ häufig“ (009RV, 118). Diese kommen als Reha-Antragstellungen zunächst in der Reha-Abteilung an, werden jedoch bei einem Umdeutungsbedarf an die Abteilung Rente und Versicherung weitergeleitet.

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern ist das Verfahren zur Bearbeitung und Entscheidung eines Erwerbsminderungsrentenantrages auch bei der DRV Bund kleinschrittig und mit mehreren Beteiligten organisiert.

Vorbereitung in der Leistungsabteilung

Gehen Anträge auf Erwerbsminderungsrente in der Zentrale in Berlin ein, werden sie an die zuständigen Teams in der Sachbearbeitung weitergeleitet. Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern werden hier die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft und der Antrag im Falle ihrer Nichterfüllung mit einer ablehnenden Entscheidungsvorlage an die Dezernentin bzw. den Dezernenten weitergeleitet.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, werden von der Sachbearbeitung alle relevanten *kostenfreien* medizinischen Unterlagen, insbesondere von anderen Sozialleistungsträgern, angefordert. Liegen alle Unterlagen vor, wird die Akte den zuständigen Beratungsärzt_innen zur Gutachtenerstellung zugeleitet. *Kostenpflichtige* Unterlagen wie Befundberichte können nur auf deren Veranlassung hin angefordert werden.

Gutachten durch den Beratungsärztlichen Dienst

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern wird der BÄD mit der Prüfung verschiedener Sachverhalte zur Feststellung des Leistungsvermögens beauftragt. Wie bei der DRV Ost erstellt der BÄD der DRV Bund seine Voten allein nach Aktenlage; persönliche Begutachtungen werden von den dort tätigen Ärzt_innen nicht durchgeführt. Dies wird historisch begründet mit einem unzumutbaren Anreiseweg für die im Bundesgebiet lebenden Versicherten in die Zentrale der DRV Bund in das über lange Jahre geteilte Berlin.

Sollte auf der Grundlage der vorliegenden Befunde eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit nicht möglich sein, können externe Fachgutachten beauftragt werden, bei denen die Versicherten persönlich begutachtet und befragt werden. Ablehnende Voten werden in der Regel nur unter Hinzuziehung externer Fachgutachten getroffen, denn es liegen eher selten ausreichend aktuelle und aussagekräftige Befunde vor, die aus ärztlicher Sicht ein ablehnendes Votum auch ohne Fachgutachten erlauben. Im Bedarfsfall kann auch der (interne) nervenärztliche Dienst hinzugezogen werden (s. o.). Das abschließende Votum auf der Grundlage einer Gesamtbetrachtung *aller* medizinischen Einzelbefunde obliegt den Beratungsärzt_innen.

Gutachten durch Honorarärzt_innen

Antragstellungen auf Erwerbsminderungsrente erfolgen überwiegend, nach Schätzung einer Interviewperson in zwei von drei Fällen, in den AuB-Stellen. Soweit es sich um Erstanträge, d. h. keine Wiederholungs- oder Weiterbewilligungsanträge, handelt und auch keine Widerspruchs- oder Klageverfahren

anhängig sind, diese Anträge zudem keine komplizierten Sachverhalte beispielsweise hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aufweisen, wird das Rentenvorverfahren analog dem Verfahren in der Zentrale in den AuB-Stellen durchgeführt. Die Vorermittlungen erfolgen seitens der Sachbearbeitung der AuB-Stelle, die Prüfung der Leistungsfähigkeit einschließlich der Votierung durch Honorarärzt_innen, die in der Regel niedergelassen in eigener Praxis und an der AuB-Stelle angedockt sind. Sie erstellen wie der Beratungsärztliche Dienst Gutachten allein nach Aktenlage und können im Bedarfsfall Fachgutachten beauftragen. Handelt es sich um eine AuB-Stelle in Trägerschaft eines Regionalträgers, der eigene Untersuchungsstellen vorhält, ist es möglich, dass dessen ärztliches Personal die Versicherten begutachtet und auch das Votum erstellt.

Bundesweit sind etwa 70 Honorarärzt_innen für die DRV Bund tätig. Nach Schätzung einer Interviewperson werden etwa zwei Drittel dieser „einfachen“ Erstanträge durch Honorarärzt_innen votiert; ein Drittel durchläuft das Verfahren im BÄD, da diese Anträge direkt an die Zentrale in Berlin geschickt wurden. Der Einsatz der Honorarärzt_innen wird ambivalent bewertet. Einerseits wird ihnen ein lokaler Vorteil durch einen Informationsvorsprung zugesprochen:

„... weil das sind keine Angestellten unseres Hauses, sondern das sind Honorarkräfte von außerhalb. Die haben oft niedergelassene Praxen in der Gegend. Die kennen da also die soziale Situation und so weiter. Und die können manchmal mit ein paar mehr Hintergrundinformationen entscheiden.“ (009RV, 86).

Andererseits werden sie für eine hohe Abhilfequote verantwortlich gemacht, indem sie ihr Votum auf einer dünneren Befundlage und mit strengeren Maßstäben erstellten als der BÄD, der dies im Widerspruchsverfahren korrigiere und so eine Abhilfe ermögliche.

„Wir haben hohe Abhilfequoten in der Deutschen Rentenversicherung Bund, höher als die Landesversicherungen. Das liegt an unseren AuB-Stellen, weil unsere AuB-Stellen – sagen wir mal – traditionell streng votieren. Die sind vor Ort, die machens zackig. Die machen nie mehr wie ein Gutachten in der Regel, und die kennen die Leute z. T. und sind streng. Wenn sie dann erstmal bei uns sind, kennen wir die nicht mehr, und wir helfen vergleichsweise viel ab.“ (009RV, 164).

Sozialrechtliche Entscheidung in der Leistungsabteilung

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern gehen die medizinischen Stellungnahmen – seitens des BÄD oder der Honorarärzt_innen – in

die Leistungsabteilung zur endgültigen Bearbeitung und Entscheidung über den EMR-Antrag zurück. Im zuständigen Team wird der Fall entscheidungsreif vorbereitet und mit einem Entscheidungsvorschlag an die Dezernentin oder den Dezernenten gegeben. Diese prüfen den gesamten Vorgang auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit und entscheiden entweder auf dieser Grundlage über den EMR-Antrag oder geben den Fall an die Sachbearbeitung für weitere Ermittlungen zurück.

Dies kommt nach einer Einschätzung einer Interviewperson in etwa der Hälfte der Fälle vor, weil die Verfahren zwischenzeitlich sehr umfassend und komplex geworden seien. Weiterer Ermittlungsbedarf entsteht beispielsweise bei einer votierten Teil-Erwerbsminderung und unklaren Angaben zum Beschäftigungsstatus der oder des Versicherten. Insbesondere bei einer Antragsstellung aus langer Arbeitsunfähigkeit heraus in Verbindung mit einer Arbeitslosmeldung ist im Regelfall nicht ersichtlich, ob es sich um „echte“ Arbeitslosigkeit handelt oder um eine sogenannte „Aussteuerung“ aus dem Krankengeldbezug bei weiterhin bestehendem Arbeitsvertrag und einer Arbeitslosmeldung nur zum Zweck der sozialen Absicherung. Bei bestehendem Arbeitsvertrag wird der Arbeitgeber angesprochen mit der Frage, ob ein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz eingerichtet werden kann.

Ist dies nicht möglich, ist wie bei arbeitslosen teil-erwerbsgeminderten Versicherten die Verschlussheit des Teilzeitarbeitsmarktes zu prüfen, um bei gegebener Verschlussheit eine volle Erwerbsminderungsrente zu bewilligen. Die Verschlussheit des Teilzeitarbeitsmarktes wird von der Bundesagentur für Arbeit für jedes Bundesland gesondert ermittelt. Für einige Bundesländer gilt der Teilzeitarbeitsmarkt landesweit als verschlossen (so auch für die an der Untersuchung beteiligten Standorte); hier besteht ohne weitere Ermittlungen ein Anspruch auf eine (arbeitsmarktbedingte) volle Erwerbsminderungsrente. Zum Zeitpunkt der Untersuchung musste in sechs Bundesländern die für den Wohnort der oder des Versicherten zuständige Agentur für Arbeit eingeschaltet werden, um die Verschlussheit des regionalen Arbeitsmarktes zu prüfen. Erst bei einer Bestätigung der Verschlussheit durch die Arbeitsagentur besteht ein Anspruch auf eine (arbeitsmarktbedingte) volle Erwerbsminderungsrente.

Sind die Ermittlungen abgeschlossen und die Entscheidung durch die Dezernentin oder den Dezernenten gefallen, erfolgt die technische Umsetzung, d. h. die Erstellung des individuellen Bescheides, durch die Sachbearbeitung. Erst nach letzter Prüfung und Freigabe durch die Dezernentin bzw. den Dezernenten kann die Sachbearbeitung den Versand des Bescheides veranlassen.

Feststellung der Leistungsfähigkeit im Auftrag von Trägern der Grundsicherung

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern wird die Leistungsfähigkeit von Personen auch im Auftrag von Jobcentern und Sozialhilfeträgern geprüft, um die Trägerzuständigkeit zu klären. Das Verfahren entspricht jenem bei einem Antrag durch einen Versicherten, in der Regel ist der Ermittlungsaufwand jedoch geringer, da eine Erwerbsminderung meist eindeutig vorliegt. Aus Sicht einer Interviewperson handelt es sich häufig um frühere Selbstständige, die ihre Selbstständigkeit erst spät, bei bereits sehr ausgeprägten Krankheitsfolgen aufgegeben haben. Liegt eine Erwerbsminderung vor, werden immer auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung geprüft. Diese werden jedoch häufig nicht bzw. nicht mehr erfüllt.

Besonderheiten

Anders als bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern spielt für den Verfahrenslauf der Antragshintergrund, d.h. ob der Antrag eigeninitiativ oder nach Aufforderung durch einen Sozialleistungsträger gestellt wurde, eine gewisse Rolle, da bei der DRV Bund Reha- und EMR-Angelegenheiten in zwei verschiedenen Abteilungen bearbeitet werden. Da Krankenkassen und Arbeitsagenturen nur zu einer Reha-Antragstellung auffordern können, werden diese Anträge – genau wie eigeninitiativ gestellte Reha-Anträge – (zunächst) in der Reha-Abteilung bearbeitet.

- **Rente vor Reha:** Wird eine medizinische Rehabilitation verneint, weil der dortige BÄD eine Erwerbsminderung feststellt, erhalten die Versicherten einen ablehnenden Reha-Bescheid mit einer Aufforderung, einen EMR-Antrag zu stellen. Kommen sie dem nach, gelangt der EMR-Antrag in die Rentenabteilung. Im dortigen BÄD wird der gesamte Vorgang geprüft. Fällt hier die Reha-Prognose günstiger aus, sodass der EMR-Antrag abgelehnt (und eine Reha-Maßnahme empfohlen) werden würde, gibt es interne Abstimmungen zwischen den beiden BÄD, um zu vermeiden, dass die Versicherten im ungünstigen Fall weder eine Rehabilitation noch eine Erwerbsminderungsrente erhalten.
- **Rente nach Reha:** Wird im Rahmen einer Reha-Maßnahme eine Erwerbsminderung festgestellt, gelangt der Vorgang nach Abschluss der Reha-Maßnahme direkt in die Rentenabteilung. Wird hier ebenfalls eine Erwerbsminderung gesehen, erfolgt die Aufforderung zur EMR-Antragstellung seitens der Rentenabteilung.

In beiden Fällen der Umdeutung eines Reha-Antrages in einen Rentenanspruch steht es den Versicherten frei, der Aufforderung der Rentenversicherung zur EMR-Antragstellung zu folgen, sofern sie nicht durch einen anderen Sozialleistungsträger zur Reha-Antragstellung aufgefordert waren. In diesem Fall haben sie diesbezüglich ihr Dispositionsrecht verloren und die Rentenversicherung ist verpflichtet, die Umdeutung – auch gegen den Willen der Versicherten – vorzunehmen.

Weiterbewilligungsverfahren

Ein Weiterbewilligungsantrag durchläuft vom Grundsatz her dasselbe Verfahren wie ein Erstantrag. Die medizinischen Ermittlungen sind jedoch im Regelfall geringer, da bereits bei der vorangegangenen Bewilligung mitgeteilt worden war, welche Befundunterlagen bei einem Weiterzahlungsantrag mit einzureichen sind. Im Falle einer psychiatrischen Erkrankung ist die Aussage der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes ausschlaggebend. Begründet wird dies mit der Erfahrung, dass bei einer psychiatrischen Diagnose die Ablehnung der Weiterzahlung im Regelfall letztlich gerichtlich aufgehoben wird.

„In den psychiatrischen Fällen haben wir hier mal eine Studie gemacht im Hause und festgestellt, wer einmal eine psychiatrische Rente hat und sie nicht freiwillig selbst verlässt, weil er eben wieder arbeitet, heiratet, ins Ausland geht, was auch immer, der behält die auch zu 98 Prozent durch alle Klageverfahren durch. [...] Wenn einer sich da drei Jahre in seiner Depression eingerichtet hat, dann bleibt er da auch drin, und da machen wir dann auch kurzen Prozess, schauen nur, sagt der Behandler ‚Hier ist eine extreme Besserung‘, also wenn der eine Besserung hat, ermitteln wir weiter. Wenn der Behandler sagt ‚Alles wie immer‘, da vertrauen wir dann auch dem, der hat sich eingerichtet und dann ist es gut.“ (009RV, 236).

Widerspruchs- und Klageverfahren

Typischer Anlass für einen Widerspruch in EMR-Verfahren ist, wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern, die Ablehnung einer Erwerbsminderungsrente. Die Widerspruchsquote ist hoch; bei Ablehnungen aus medizinischen Gründen erfolgt in nahezu allen Fällen ein Widerspruch.

Die Bearbeitung von Widersprüchen und Klagen erfolgt im zuständigen Geburtstagsdezernat. Das Widerspruchsverfahren ist wie bei der DRV West ein zweistufiges Verfahren. In der ersten Stufe ist der Ablauf wie im Ausgangsverfahren angelegt, d. h. der Widerspruch wird vollständig im zuständigen Geburtstagsdezernat bearbeitet mit der Ausnahme, dass die Sachbearbeitung nicht durch das ursprüngliche Team, sondern durch ein Sonderteam,

den Sozialgerichtsbereich, erfolgt. Hier werden alle Widersprüche und Klagen des Dezernats entscheidungsreif vorbereitet. Werden neue medizinische Unterlagen eingereicht oder der Widerspruch mit einer mangelnden Würdigung der bekannten medizinischen Sachverhalte begründet, wird auch der BÄD wieder beteiligt. Sowohl die medizinischen Ermittlungen im BÄD als auch die sozialrechtliche Entscheidung durch die Dezernent_innen erfolgen durch die bereits mit dem Ausgangsverfahren befassten Beschäftigten. Die Abhilfequote wird als hoch bewertet. Nach Angaben einer Interviewperson liegt sie in Widerspruchsfällen mit medizinischen Begründungen bei knapp 40 Prozent; dies sei auf die in den AuB-Stellen tätigen Honorarärzt_innen zurückzuführen (s. o.).

Widersprüche, denen nicht abgeholfen wird und die sich auch nicht auf andere Weise erledigen, beispielsweise durch Rücknahme des Widerspruches, wodurch im Jahr 2014 immerhin gut ein Viertel aller Widersprüche erledigt wurden, verlassen (vorübergehend) die Zuständigkeit des Geburtstagsdezernates und werden in der zweiten Stufe des Widerspruchsverfahrens an die Zentrale Widerspruchsstelle zur weiteren Bearbeitung gegeben. Diese besteht aus den Widerspruchsausschüssen sowie der sie betreuenden Sachbearbeitung. Die Fälle werden den Widerspruchsausschüssen zufällig in der Reihenfolge ihres Eingangs zugewiesen; es gibt keine regionalen Zuständigkeiten. Der Widerspruch eines Münchener Versicherten kann im Widerspruchsausschuss in Berlin verhandelt werden und umgekehrt. Regionale Zuordnungen werden im Gegenteil sogar vermieden, um sicherzustellen, dass widerspruchsführende Versicherte und Widerspruchsausschussmitglieder sich nicht persönlich kennen. Die Widerspruchsausschussmitglieder erhalten etwa drei Wochen vor dem Sitzungstermin die notwendigen Unterlagen; hierzu gehört auch ein Entscheidungsvorschlag der Sachbearbeitung des zuständigen Geburtstagsdezernates. Die Fälle werden in den Widerspruchsausschüssen nicht durch die zuständigen Dezernent_innen, sondern durch Mitarbeiter_innen der Zentralen Widerspruchsstelle vorgetragen. Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern folgen die Widerspruchsausschüsse in aller Regel dem Verwaltungsvorschlag. Die Entscheidung des Widerspruchsausschusses wird durch die zuständigen Geburtstagsdezernate verwaltungsmäßig umgesetzt.

Interaktion zwischen Leistungsabteilung und BÄD innerhalb der DRV Bund

Interaktionen zwischen der Sachbearbeitung und dem BÄD erfolgen im Regelfall entlang der Gutachtenaufträge. Individuelle Kontakte entstehen, wie

bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern, vornehmlich fallbezogen durch Rückfragen der Sachbearbeitung an den BÄD im Zusammenhang mit dessen Leistungseinschätzung. Auch bei der DRV Bund zeigen sich klare Professionsgrenzen zwischen den „beratenden“ Ärzt_innen auf der einen Seite sowie den sozialrechtlichen „Entscheider_innen“ auf der anderen Seite.

„Hier bei den Erwerbsminderungsrenten würde ich schon unterscheiden [...], der versicherungsrechtliche Teil, und der medizinische Teil. Und zum medizinischen Teil kann ich als Juristin natürlich gar nichts sagen“ (008RV, 61). „Es ist ja so, dass wir beratend ärztlich tätig sind. Die endgültige Votierung machen die Juristen, die Dezernenten, die machen die Entscheidung fertig. Wir beraten sie und sagen ‚So und so sieht unserer Auffassung nach das [...] Leistungsvermögen der Versicherten aus‘ und daraus machen die dann eine Rente oder keine Rente, je nachdem. Da kommen ja noch versicherungsrechtliche Voraussetzungen und so weiter dazu“ (009RV, 22).

Auch wenn, wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern, die Ärzt_innen ihre Tätigkeit als „Beratung“ und das Ergebnis ihrer Prüfung als „Votum“, bezeichnen, scheint ihnen die faktische Quasi-Determination der sozialrechtlichen Entscheidung durch das sozialmedizinische Gutachten und somit ihr entscheidungsbestimmender Einfluss bewusst zu sein. Dies wird deutlich an der Aussage einer Interviewperson zur Einschätzung der Sachbearbeitung als nur „theoretische“ Entscheidungsträger, die vom Votum des BÄD abweichen könnten, wenn sie „wider Erwarten“ (009RV, 22–24) damit nicht einverstanden seien.

Interaktion zwischen Rentenversicherung und Versicherten

Interaktionen zwischen der Sachbearbeitung bzw. dem BÄD und Versicherten erfolgen im Regelfall formalisiert und schriftlich entlang der Erwerbsminderungsrentenanträge. Persönliche Kontakte entstehen im Wesentlichen durch persönliche Antragstellungen in den AuB-Stellen. Da die dort tätigen Honorarärzt_innen, wie der BÄD, allein Gutachten nach Aktenlagen erstellen, können persönliche Kontakte zu den Versicherten nicht bestehen.

Interaktion zwischen Rentenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern

Wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern kommt es zu Interaktionen mit anderen Sozialleistungsträgern im Zusammenhang mit von den Versicherten eigeninitiativ oder nach Aufforderung gestellten Reha- oder EMR-Anträgen. Im Falle von Reha-Anträgen, auch nach Aufforderung durch einen anderen Sozialleistungsträger, werden diese zunächst in der Reha-Ab-

teilung bearbeitet; erst wenn hier eine Erwerbsminderung und Umdeutungsbedarf gesehen werden, ist die Rentenabteilung damit befasst. Insofern basieren die Sichtweisen und Einschätzungen der Gesprächspartner_innen auf Erfahrungen mit einem spezifischen Ausschnitt des Aufforderungsgeschehens.

Die Zusammenarbeit mit den Arbeitsagenturen wird als grundsätzlich gut beschrieben. Es kommt zwar häufiger zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit von Versicherten, diese scheinen sich aber im Rahmen des Divergenzverfahrens bzw. bereits im Vorfeld konfliktarm auflösen zu lassen. Dabei wird von den Gesprächspartner_innen nicht das Letztentscheidungsrecht der Rentenversicherung als dominierender Lösungsmodus in den Vordergrund gerückt, sondern es werden fachliche Argumente betont, insbesondere die Qualität der Befundlage: Im Regelfall kann sich die Rentenversicherung mit ihrer Entscheidung durchsetzen, weil ihre Gutachten aktueller und umfangreicher sind. Die Gutachten anderer Sozialleistungsträger werden jedoch im Rahmen der sozialmedizinischen Sachaufklärung sorgfältig ausgewertet, auch vor dem Hintergrund, dass MDK sowie ÄD noch persönliche Begutachtungen durchführen und in diesen Fällen die Informationslage als besser eingeschätzt wird.

Kommt es zu divergierenden Einschätzungen, wird ein Divergenzverfahren durchgeführt, das in einer Dienstanweisung geregelt ist. Gelangen Beratungsärzt_innen zu einer anderen Leistungseinschätzung als der ÄD, geht der Vorgang an die jeweiligen Abteilungsärzt_innen. Diese prüfen den Vorgang noch einmal und fordern den ÄD mit Verweis auf das rentenversicherungsseitige Gutachten, das dem ÄD zur Verfügung gestellt wird, auf, sich dem Votum anzuschließen. Sollte sich auf diesem Weg kein Einvernehmen herstellen lassen, wird im nächsten Schritt telefonisch Rücksprache genommen, bevor der Vorgang an die Grundsatzabteilung übergeben wird. Diese tritt mit der ärztlichen Leitung der Arbeitsagentur in Kontakt, um eine Einigung herbeizuführen. Im Regelfall übernimmt der ÄD bereits in der ersten Stufe, nach Prüfung des rentenversicherungsseitigen Gutachtens, das Votum des BÄD; aus Sicht einer Interviewperson gibt es jedoch einige Arbeitsagenturen, die dies zunehmend ablehnen, womit die weiteren Schritte des Divergenzverfahrens in Gang gesetzt werden.

Nach Herstellung der Einvernehmlichkeit, meist im Sinne der Rentenversicherung, informiert zunächst die Arbeitsagentur die oder den Versicherten darüber, dass *keine* Erwerbsminderung vorliegt, bevor die Rentenversicherung den ablehnenden EMR-Bescheid erlässt. Der Einvernehmlichkeit hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten wird viel Bedeutung beigemessen. Betont wird das Bemühen um ein einheitliches Auftre-

ten, „damit der Versicherte nicht auf einmal von zwei verschiedenen Ämtern zwei verschiedene Einschätzungen über seine Gesundheit kriegt. Also, dass das Arbeitsamt sagt ‚Nein, du kannst nicht mehr.‘ und wir sagen ‚Ja, du kannst sehr wohl noch.‘“ (009RV, 138).

Aufforderungen der Arbeitsagenturen an die Versicherten, einen Reha-Antrag zu stellen, haben nach Einschätzung einiger Interviewpersonen in der Vergangenheit so stark zugenommen, „dass man eigentlich fast davon ausgehen kann, wenn jemand regulär arbeitslos gemeldet ist und hier einen Antrag stellt, dann kommt er aufgrund einer Aufforderung durch das Arbeitsamt oder das Jobcenter.“ (007RV, 109).

Anders ist es mit den Krankenkassen, diese haben schon lange eine hohe Aufforderungsintensität. Während die Gesprächspartner_innen Aufforderungen zur Reha-Antragstellung seitens der Arbeitsagenturen als Anliegen einer Erwerbsminderungsprüfung interpretieren (und annehmen können, da es sich bei Aufforderungen nach § 145 SGB III regelmäßig um Langzeit-Arbeitsunfähige nach Auslaufen des Krankengeldbezuges handelt, die Arbeitsagenturen zur Klärung der Erwerbsfähigkeit aber weder zu EMR-Antragstellungen auffordern noch entsprechende Gutachten bei der Rentenversicherung bestellen können, wie es die Grundsicherungsträger tun können), werden entsprechende Aufforderungen seitens der Krankenkassen auch als solche eingeordnet. Sie werden als Hinweis auf einen möglichen Reha-Bedarf geschätzt, der es der Rentenversicherung ermöglicht, durch eine Reha-Maßnahme die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten. Gleichwohl werden Umdeutungsintentionen nicht ausgeschlossen, und wie bei den anderen beiden Rentenversicherungsträgern wird von teilweise nachdrücklichen Bemühungen der Krankenkassen berichtet, eine Umdeutung zu bewirken, was mit fiskalischen Motiven erklärt wird.

„Die Krankenkasse ist gelegentlich verblüfft, dass kein Rentenbescheid nach Reha-Durchführung erfolgt. Die sagen dann ‚Das glauben wir nicht.‘ Die schreiben auch gelegentlich böse Briefe, und dann würde das vom beratenden Abteilungsarzt dann nochmal gegengelesen werden, und das Votum, [wird] also in hohem Umfang bestätigt. Gelegentlich ist es auch nur der Beginn der Leistungsminderung, dass man da sich streitet, weil mit Beginn der Leistungsminderung ab Arbeitsunfähigkeit wird ja ein Teil der Auslagen der Krankenkasse erstattet“ (006RV, 122).

Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen hat es in der Vergangenheit auch hinsichtlich der Einschränkung des Dispositionsrechts im Zuge einer Antragsaufforderung gegeben, die erst durch umfangreiche Rechtsprechung geklärt werden konnten.

5.3 Vermutung und vorläufige Feststellung einer Erwerbsminderung durch Arbeitsagenturen und Jobcenter

5.3.1 Der Ärztliche Dienst der BA in den Arbeitsagenturen

In [Kapitel 4](#) wurde der grundsätzliche organisatorische Aufbau der Bundesagentur für Arbeit mit den Arbeitsagenturen als einer hierarchisch aufgebauten und fachlich ausdifferenzierten Organisation mit dem Ärztlichen Dienst als einem innerhalb der BA verankerten, aber fachlich unabhängig von der Leistungs- und der Vermittlungsabteilung organisierten Fachdienst beschrieben (siehe [Abschnitt 4.1.2](#) und [4.2.4](#)).

Der Ärztliche Dienst jeder Arbeitsagentur besteht aus mindestens einer Ärztin oder einem Arzt. Eine der Agenturen für die vorliegende Untersuchung hat einen ÄD mit 1,2 Arztstellen, die sich zwei Teilzeitkräfte teilen, eine andere Agentur verfügt über einen ÄD mit vier Arztstellen. Die Ärzt_innen weisen ein breites Spektrum an Facharztqualifikationen auf; die meisten verfügen über eine Weiterbildung in Sozialmedizin. Sie haben außerdem durchweg zusätzliche Schulungen im ÄD erhalten. Unterstützt werden die Ärzt_innen durch nicht-ärztliches Personal, welches die gutachterliche Tätigkeit der Ärzt_innen vor- und nachbereitet. Der ÄD kann sich neben den angestellten Ärzt_innen außerdem auf sogenannte Vertragsärzte stützen. Dies sind freiberufliche Ärzt_innen ebenfalls unterschiedlicher Fachrichtungen, die vom ÄD mit Gutachten beauftragt werden. Die Vertragsärzt_innen sind vom ÄD sozialmedizinisch geschult. Hier kann es sich um praktizierende Ärzt_innen handeln, die nebenberuflich für den ÄD tätig sind, oder auch um Ärzt_innen im Ruhestand, die ihre Praxis aufgegeben haben und nur noch als Gutachter_innen tätig sind. Bundesweit sind knapp 1.000 Personen im ÄD beschäftigt (Ärzt_innen und nicht-ärztliches Personal; BA insgesamt: knapp 110.000 Beschäftigte), die durch ca. 1.000 Vertragsärzt_innen unterstützt werden.

Der Ärztliche Dienst begutachtet die Leistungsfähigkeit von Arbeitslosen nur dann, wenn er dazu einen Auftrag von anderen Stellen innerhalb der Arbeitsagentur oder des Jobcenters (insbesondere von Vermittlungsfachkräften und des Leistungsbereichs) erhält. Er wird nicht selbstständig tätig, und auch nicht etwa im Auftrag der Arbeitsuchenden selbst. Als „Kunden“ des ÄD werden also nicht, wie sonst im Kerngeschäft der BA, der Arbeitsvermittlung, die Arbeitsuchenden bezeichnet, sondern Vermittlungsfachkräfte und Leistungssachbearbeiter_innen. Diese werden vom ÄD als „Auftraggeber“ oder eben „Kunden“ angesprochen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Ärztlichen Dienst und seinen internen Auftraggebern wird über ein Service-Level-Agreement (SLA) geregelt. Ähnlich den Zielvereinbarungen und Eingliederungstiteln, mit denen die Arbeit der BA in der Arbeitsvermittlung gesteuert wird, werden auch die SLA durch Planungsgespräche festgelegt. Da der ÄD vor allem sozialmedizinische Begutachtungen durchführt, ist in den SLA die Kapazität geregelt, die der ÄD den anderen Teilen der BA zur Verfügung stellt. Wie die Bezeichnung als Service-Level-Agreement andeutet, beinhaltet das SLA Begutachtungsdienstleistungen unterschiedlicher Gütestufen (Ausführlichkeit, Detailtiefe, Kosten). Es werden fünf Begutachtungsformate unterschieden: der Beratungsvermerk, die Gutachterliche Äußerung, die Begutachtung nach Aktenlage und die Begutachtung nach symptombezogener sowie vollumfänglicher Untersuchung. Jedes dieser Formate löst beim ÄD einen unterschiedlichen Aufwand aus und wird deshalb mit unterschiedlichen Kostensätzen bewertet, wobei der Beratungsvermerk das Format mit dem niedrigsten Aufwand und die vollumfängliche Untersuchung das Format mit dem höchsten Aufwand ist. Die im SLA verabredeten Leistungen und Kapazitäten werden auf die nächstunteren Einheiten (Regionalverbände, Agenturverbände und schließlich Agenturen) heruntergebrochen und in Zielvereinbarungen festgehalten.

Es sind nicht die Auftraggeber, die darüber entscheiden, welches Begutachtungsformat für einen gegebenen Untersuchungsauftrag zu wählen ist, sondern stets und ausschließlich der ÄD selbst. Dies ist Ausdruck der Autonomie des Ärztlichen Dienstes. Auch über die Beauftragung der Vertragsärzt_innen entscheidet der ÄD autonom. Ob Vertragsärzt_innen beauftragt werden, hängt von dem Umfang der Gutachtenanfragen seitens der internen Auftraggeber bzw. den verfügbaren Kapazitäten des ÄD, aber auch von den verfügbaren Haushaltsmitteln ab, die als Honorare für die Gutachten eingeplant sind. Das Einschalten der Vertragsärzt_innen hängt außerdem davon ab, wie schnell ein Gutachten benötigt wird (eine Begutachtung durch den ÄD kann schneller erledigt werden, weil der ÄD die Wartezeit dann selbst steuert) und welchen Stellenwert das Gutachten voraussichtlich für die weitere Vermittlungsarbeit hat (siehe dazu unten).

Welche Gutachtenformate der ÄD ausgeführt hat, die Laufzeiten der Aufträge und die Zufriedenheit der Auftraggeber mit dem ÄD wird für Steuerungszwecke erfasst. Das genaue Ausmaß und die Wirkungen der Kennzahlensteuerung sind umstritten (iso-Institut et al. 2006, Schütz/Oschmiansky 2006, Sowa/Staples 2014). Es gibt aber einen weitgehenden Konsens, dass die Kennzahlensteuerung Risiken des *Creaming* enthält, also die Gefahr, dass sich Vermittlungsfachkräfte auf die Personen konzentrieren, mit denen sie die ge-

forderten Ziele mit dem geringsten Aufwand erreichen können. Ob dies auch dazu führt, dass Personen mit fraglicher Erwerbsfähigkeit systematisch in den Rentenbezug gedrängt werden, haben die vorliegenden Studien nicht untersucht. An dieser Stelle kann bereits festgehalten werden, dass nicht die Vermittlungsfachkräfte über die Erwerbsfähigkeit entscheiden, sondern dass die Feststellung der Leistungsfähigkeit zunächst die Aufgabe des ÄD ist und letztlich in der Zuständigkeit der Rentenversicherung liegt.

Ablauf zur Feststellung einer Erwerbsminderungsvermutung

Der Ärztliche Dienst prüft die gesundheitliche Leistungsfähigkeit von Arbeitssuchenden. Sehr viel häufiger als die Frage nach der grundsätzlichen Erwerbsfähigkeit von Arbeitslosen sind durch den ÄD die Folgen partieller Leistungseinschränkungen zu beurteilen. Zwar gehören Erwerbsminderungsgutachten zum beruflichen Alltag des ÄD. Doch die quantitativen Angaben der Mitarbeiter_innen des ÄD – wie auch der Vermittlungsfachkräfte und Leistungssachbearbeiter_innen –, in welchem Umfang dies der Fall ist, beruhen auf Schätzungen und schwanken (z. B. „mehrmals wöchentlich“, 106AA, 60, „am Tag zwei bis drei Fälle“, 225AA, 106, „sehr sehr häufig“, 227AA, 36), machen aber deutlich, dass unter allen Begutachtungen dies nur einen kleineren Teil ausmacht. Indirekt verdeutlichen die geschätzten Angaben darüber hinaus, dass es kein systematisches Monitoring auf der Ebene der lokalen Arbeitsagenturen gibt, mit dem die Inhalte der Aufträge der internen Kunden bzw. die Leistungen des ÄD erfasst werden. Die quantitative Inanspruchnahme des ÄD wird jedoch erfasst, da die Arbeitskapazität in Zielvereinbarungen zuvor verabredet wurde. Schon hier soll festgehalten werden, dass die Tatsache der konstanten, aber nicht durchgängigen Beschäftigung mit Erwerbsminderungsverfahren bewirkt, dass sich die beteiligten Akteure oft immer wieder neu in die Besonderheiten einarbeiten müssen. Mehr noch als für den ÄD gilt dies für die Vermittlungsfachkräfte.⁵²

Typischerweise entstehen die Aufträge an den Ärztlichen Dienst zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit aus zwei Konstellationen heraus: Bei Neuzugängen in den Arbeitslosengeld-Bezug nach ausgeschöpftem Krankengeldanspruch und bei „Bestandskunden“ nach Zweifeln von Vermittlungsfachkräften an der Erwerbsfähigkeit.

Die Besonderheiten des Arbeitslosengeld-Bezuges nach erschöpftem Krankengeld-Anspruch (Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III) wurden oben

⁵² Dies führt teilweise dazu, dass die Zuständigkeit für Erwerbsminderungsverfahren bei bestimmten erfahrenen Personen konzentriert wird.

erläutert (siehe Kapitel 4) und sollen hier nicht wiederholt werden. Rein quantitativ stellen diese Arbeitslosengeldbeziehenden mit ca. 25.000 Personen im Jahr 2016 keine unwesentliche Gruppe dar. Für diese Personen ist vorgegeben, dass der Ärztliche Dienst der Bundesagentur die Erwerbsfähigkeit einzuschätzen hat. Bis zur Feststellung der geminderten Erwerbsfähigkeit durch den Rentenversicherungsträger zahlt die Bundesagentur weiterhin Arbeitslosengeld. Allerdings besitzt die Bundesagentur für den Zeitraum, in dem Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III gezahlt und gleichzeitig eine Erwerbsminderungsrente zuerkannt wurde, einen Kostenerstattungsanspruch (§ 145 Abs. 3 S. 1 SGB III i. V. m. § 103 SGB X). 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 Versicherungsfalles spielt in diesem Fall keine Rolle. 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 daher festgelegt, dass das sog. „Nahtlosigkeitsgutachten“ innerhalb von 15 Werktagen zu erstellen ist. Andernfalls wäre eine potenzielle Erstattung des Arbeitslosengeldes gefährdet. Es sind also primär fiskalische Motive der BA, die zu der sehr kurzen Zeitvorgabe führen.

Die zweite typische Konstellation, in der im Bereich der BA die Erwerbsfähigkeit von Arbeitssuchenden geprüft wird, wird von Vermittlungsfachkräften ausgelöst, wenn sie Zweifel an der Erwerbsfähigkeit haben. Es ist eher selten, dass die Vermittlungsfachkräfte grundsätzlich an der Erwerbsfähigkeit zweifeln. Sehr viel häufiger geht es darum, das Leistungsvermögen aus medizinischer Sicht beurteilen zu lassen und Einschätzungen zu den noch möglichen und nicht mehr möglichen Tätigkeiten zu erhalten. Die Vermittlungsfachkräfte lösen dann einen Auftrag an den Ärztlichen Dienst aus, der mit dem oder der Versicherten⁵³ einen Termin vereinbart, eine Begutachtung durchführt, das Gutachten der Vermittlungsfachkraft zustellt, welche wiederum die betreffende Person einlädt und die Konsequenzen aus dem Gutachten bespricht.

Zwei Dinge fallen bei dieser Organisation des Ablaufs auf. Zum einen werden Akten vorgelegt, bearbeitet und weitergereicht. Die Expert_innen unterschiedlicher Zuständigkeit (für den Leistungsanspruch, für die Arbeits-

53 Grundsätzlich gilt dies auch für Arbeitssuchende, die kein Arbeitslosengeld II beziehen (sogenannte Nichtleistungsempfänger_innen), kommt dort anscheinend aber nur selten zur Anwendung.

vermittlung, für die Prüfung der Leistungsfähigkeit) befassen sich konsekutiv mit einem „Fall“. Die aktenförmige Einschätzung der einen Stelle wird zur Grundlage des Handelns der nachfolgenden Stelle. Es gibt keine Gelegenheit, zu der Vermittlungsfachkräfte und ÄD gleichzeitig die Leistungsfähigkeit und Vermittlungschancen der zu begutachtenden Person einschätzen. Die Einschätzung der einen Stelle wird nicht mit Blick auf die Folgen für die nachfolgende Stelle erwogen; die befassten Akteure (vor allem der ÄD und die Vermittlungsfachkräfte) können ihre Einschätzungen über einen Fall nicht verhandeln. Begünstigt bzw. ermöglicht wird die konsekutive Aktenbearbeitung durch die strikte Trennung der Zuständigkeiten und der institutionalisierten Unabhängigkeit von „Leistungsfähigkeit“ und „Vermittlungschancen“. Wie weiter unten gezeigt wird, lässt sich diese Trennung nur schwer aufrechterhalten.

Doch es sind nicht nur die Einschätzungen bzw. Inhalte der Gutachten, über die nur aktenförmig kommuniziert wird. Auch der zeitliche Ablauf wird von den Möglichkeiten und Restriktionen der beteiligten Akteure strukturiert: Für die Dauer von der Auftragserteilung der Vermittlungsfachkraft an den Ärztlichen Dienst bis zur Ausfertigung der gutachterlichen Einschätzung (und der dann wieder möglichen terminlichen Verfügbarkeit der Vermittlungsfachkraft für ein Beratungsgespräch mit der betreffenden Person über die Konsequenzen aus dem Gutachten für die Vermittlungsarbeit) ruht faktisch die Betreuung durch die Vermittlungsfachkraft. Sie ruht faktisch darüber hinaus für den Zeitraum, in dem – nach einer festgestellten Erwerbsminderungsvermutung durch den ÄD – das Rentenverfahren bei der Rentenversicherung läuft. Während dieser Zeit läuft aber der Anspruch auf Arbeitslosengeld, das zeitlich limitiert ist. Liegt das ärztliche Gutachten zur Leistungsfähigkeit bzw. die ablehnende Entscheidung der Rentenversicherung vor, dann ist der zeitliche Rahmen, der für eine Arbeitsvermittlung verbleibt und sich zunächst an der Restdauer des Arbeitslosengeld-Anspruchs ausrichtet, erheblich eingeschränkt.

Der Ablauf zur Feststellung einer Erwerbsminderungsvermutung ist zum Zweiten so organisiert, dass die beteiligten Ärzt_innen im Nachhinein im Regelfall nicht mehr erfahren, welchen weiteren Verlauf die Person genommen hat, die sie zu begutachten hatten. Es werden Akten weitergereicht, aber es werden auch *nur* Akten weitergereicht, und die darin enthaltenen Informationen werden nur in einer Richtung, nämlich „vorwärts“, weitergereicht. Es gibt keine systematische Rückmeldung, weder durch die Vermittlungsfachkräfte an den ÄD zur Aussagekraft der Gutachten, noch an den ÄD durch die Leistungsbearbeitung über die Entscheidungen der

Rentenversicherung.⁵⁴ Damit verzichten die beteiligten Akteure in den Arbeitsagenturen darauf, Ergebnisse ihrer früheren Arbeit als Erfahrungswert in die aktuelle Arbeit einfließen zu lassen. Allerdings würde ein striktes Monitoring der gutachterlichen Stellungnahmen und ein systematischer Vergleich mit den dann folgenden Ergebnissen⁵⁵ wohl die Möglichkeit bergen, die sozialmedizinischen Stellungnahmen bei der Begutachtung zu steuern bzw. zu beeinflussen. Der Ärztliche Dienst spricht sich strikt gegen jede Form der inhaltlichen Einflussnahme aus; seine Unabhängigkeit wird auch von den Leistungssachbearbeiter_innen und Vermittlungsfachkräften nicht in Frage gestellt. Der „Schleier der Unwissenheit“ über die Folgen der Begutachtung stärkt die ärztlichen Gutachter_innen vermutlich in ihrer Unabhängigkeit, aber er trägt auch dazu bei, dass die Fallbearbeitung nahezu immer nur arbeitsteilig anhand konkreter Personen und nur selten kooperativ zwischen Fachkräften unterschiedlicher Zuständigkeiten und fallübergreifend erfolgt.

Das Vorgehen des Ärztlichen Dienstes und der Vermittlungsfachkräfte bei vermuteten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit

Wie oben dargestellt, wird der Ärztliche Dienst nur auf Anforderung der internen Auftraggeber (Leistungsbearbeitung, Vermittlungsfachkräfte) aktiv. Es gibt lokal unterschiedliche Möglichkeiten, wie diese Aufträge auf die einzelnen Ärzt_innen verteilt werden. Grundsätzlich ist es so, dass alle Ärzt_innen des ÄD nahezu alle Begutachtungsaufträge abarbeiten; es gibt keine strenge Zuordnung von Bearbeitungsauftrag, Art der vermuteten Leistungseinschränkung oder Begutachtungsformat zur professionellen Spezialisierung der Ärzt_innen. Insbesondere wenn schnelle Gutachten gefordert sind, wie bei der Nahtlosigkeitsregelung, ließe sich eine solche fachliche Zuordnung nicht realisieren.

Entsprechend dem Auftrag wird im Ärztlichen Dienst über das weitere Vorgehen entschieden. So ist eins der verfügbaren Gutachtenformate auszuwählen, es können Befunde von Fachärzt_innen, bei denen die zu begutach-

54 Es gibt Rückmeldungen der RV an den ÄD, wenn sich Divergenzen hinsichtlich der Einschätzungen zur Erwerbsfähigkeit einer Person abzeichnen. Doch diese Rückmeldungen werden vom ÄD nicht systematisch protokolliert, um festzuhalten, wie häufig sich Divergenzen abzeichnen.

55 Etwa in der Form von „EM-Rente durch die RV zugesprochen“, „EM-Rente trotz Feststellung einer verminderten Leistungsfähigkeit durch den ÄD von der RV abgelehnt“, „nach Feststellung der Leistungsfähigkeit durch den ÄD arbeitslos geblieben“ bzw. „... in Beschäftigung vermittelt“ usw.

tende Person in Behandlung ist, angefordert werden,⁵⁶ es können externe Ärzt_innen mit der Begutachtung beauftragt werden, und die betreffende Person kann zu einer Untersuchung eingeladen werden. Weil die „Nahtlosigkeitsgutachten“ unter hohem Zeitdruck stehen, wird dort oft darauf verzichtet, Befunde der behandelnden Ärzte anzufordern, wenn sie nicht schon von vornherein von der betreffenden Person mit dem Leistungsantrag auf Arbeitslosengeld mitgebracht werden. Da der Zeitpunkt, zu dem das Krankengeld ausläuft, vorab bekannt ist, und die betreffenden Personen wenige Wochen zuvor angeschrieben und darüber informiert werden, dass sie möglicherweise Arbeitslosengeld von der Arbeitsagentur erhalten können, melden sich die betreffenden Personen oft schon vorab bei der Arbeitsagentur und reichen Unterlagen zu ihrer Krankheitsgeschichte ein. Wenn diese Unterlagen vom ÄD als ausreichend angesehen werden, kann er eine Begutachtung nach Aktenlage vornehmen. Aufgrund des Zeitdrucks in den Nahtlosigkeitsverfahren wird im Regelfall darauf verzichtet, externe Ärzt_innen (Vertragsärzt_innen) mit Gutachten zu beauftragen. Überwiegend werden in den Nahtlosigkeitsverfahren persönliche Begutachtungen vorgenommen; ein Monitoring zur Wahl der Gutachtenformate bei Nahtlosigkeitsverfahren liegt nicht vor.

Die Gutachten des ÄD umfassen zwei Teile. Der erste Teil (Teil A) enthält einen Arztbericht. Die medizinischen Befunde werden dargestellt. Der zweite Teil (Teil B) enthält das Leistungsbild und stellt die Schlussfolgerungen aus den medizinischen Befunden dar. Das Leistungsbild umfasst Aussagen zur täglichen Arbeitsfähigkeit (weniger als drei, zwischen drei und weniger als sechs, sechs und mehr Stunden), zur möglichen Schwere der Arbeiten (leichte, mittelschwere, schwere Arbeiten) und zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkungen (bis zu sechs Monaten, mehr als sechs Monate). Dies ist entlang vorgegebener Kategorien anzukreuzen. Es sind weiterhin zahlreiche Kategorien vorgesehen, um die Art der Leistungseinschränkung näher zu beschreiben. Die Leistungsfähigkeit wird also stets hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes sowie hinsichtlich der Leistungseinschränkungen beurteilt.

Die Begutachtung folgt im Wesentlichen den gleichen Kriterien und richtet sich an denselben Standards aus, die auch für die Rentenversicherung gelten:

56 Dies setzt voraus, dass dem ÄD Name und Adresse der Fachärzt_innen bekannt sind und die betreffende Person die Ärzt_innen von der Schweigepflicht entbunden hat. Dies geschieht häufig gegenüber der Vermittlungsfachkraft (oder der Fachkraft in der Leistungssachbearbeitung), wenn besprochen wird, den ÄD einzuschalten.

„Ich würde sagen, dass wir sozialmedizinisch uns auf demselben Standard bewegen und auch dieselbe Fachlichkeit haben [wie die Rentenversicherung]. [...] Im Großen und Ganzen benutzen wir auch dasselbe Leistungsbild, dieselben Leistungseinschränkungen, dieselben Formulierungen. Unser Gutachten ist ja so aufgebaut wie auch das Rentengutachten“ (101ÄD, 171).

In der persönlichen Begutachtung geht es – gerade wenn grundsätzlich die Erwerbsfähigkeit beurteilt werden soll – oft nicht nur um einen objektivierbaren medizinischen Befund. Gutachter_innen nutzen auch erfahrungsba- sierte und implizite Heuristiken zur Bewertung der Leistungsfähigkeit, etwa indem sie das Alltagsverhalten der zu begutachtenden Personen beobachten (soweit es ihnen in den kurzen Begegnungen möglich ist), etwa im Wartebe- reich oder auch im Gesprächsverhalten während der Begutachtung. Ein wei- terer Aspekt ist, dass die sozialmedizinische Stellungnahme sozialrechtliche Folgen haben kann, die in den Details vielen betroffenen Personen nicht be- wusst sind. Eine wesentliche Folge ergibt sich aus den Voraussetzungen, un- ter denen Arbeitslosengeld bewilligt wird. Zu diesen Voraussetzungen ge- hört die *Verfügbarkeit* für eine Arbeitsaufnahme. Personen, die aufgrund vor- liegender Krankschreibungen oder einfach aufgrund einer selbst erklärten Arbeitsunfähigkeit der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stehen, erfü- llen nicht die Voraussetzungen zum Bezug von Arbeitslosengeld, und um Ar-beitslosengeld zu erhalten, müssen sie sich der Arbeitsvermittlung zur Verfü- gung stellen. Wiederholt schilderten die Ärzt_innen des ÄD, dass sie die Per- sonen, die sie zu begutachten hatten, über diesen Sachverhalt aufklärten. Durch diese *leistungsrechtliche Beratung in der Begutachtung* verschwimmen die Grenzen zwischen einer objektivierbaren sozialmedizinischen Feststellung einerseits und einer vorgelagerten entscheidungsoffenen Beratung ander- seits. Vielmehr führt die leistungsrechtliche Beratung in der Begutachtung im Regelfall dazu,⁵⁷ dass Personen, die ihre Gesundheit selbst sehr schlecht bewerten, sich im sozialrechtlich erforderlichen Umfang für leistungsfähig erklären. Auch aus Sicht der begutachtenden Ärzt_innen ist die Leistungs- fähigkeit der betreffenden Personen in einer Grauzone, die eine Einschätzung der Erwerbsminderung ebenso erlauben würde wie eine Einschätzung der Erwerbsfähigkeit. Doch es sind dann leistungsrechtliche Regelungen (und die Verneinung der Erwerbsminderung durch die Rentenversicherung), die

57 Insbesondere von Fachkräften der Leistungsbearbeitung wird auf einen anderen typischen Ausgang bei auslaufendem Krankengeldbezug und verweigerter Anerkennung der Erwerbsminderung hingewie- sen, nämlich die Aufnahme einer Beschäftigung im alten Betrieb oder an einer anderen Stelle durch die (chemals) langzeiterkrankte Person.

den Ausschlag geben. Dies zeigt sich auch in einer weiteren Konstellation, nämlich wenn eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit von bis zu sechs Monaten Dauer im Raum steht. In diesem Fall sind die individuellen Voraussetzungen für eine EM-Rente nicht gegeben (die eine Erwerbsminderung von über sechs Monaten Dauer voraussetzen), aber es entsteht auch kein Anspruch auf Arbeitslosengeld, da die betreffende Person für die Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung steht. Wiederholt hängt es dann von der Entscheidung des oder der Betroffenen ab (und nicht von einem objektiven medizinischen Befund), ob er oder sie sich für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellt, der sich dann die begutachtende Ärztin anschließt. Den Aussagen einzelner Gesprächspartner_innen zufolge öffnet sich hier eine Sicherungslücke.

Nicht alle der Gesprächspartner_innen im ÄD haben uns gegenüber im Interview diesen Zusammenhang erläutert, den die Versicherten kennen müssen, um informiert handeln zu können. Doch umgekehrt gab es keinen Gesprächspartner im ÄD, der diesen Zusammenhang den Versicherten bewusst vorenthalten hätte unter der Annahme, dass das Ergebnis der Begutachtung folgenlos für den Bezug von Arbeitslosengeld sei.

Dieses Vorgehen hängt auch mit dem *Selbstbild* der medizinischen Gutachter_innen im Ärztlichen Dienst zusammen. Obwohl sie als Gutachter_innen keinen kurativen Auftrag haben, haben sie doch alle ein Medizinstudium durchlaufen, in der Regel als praktische Ärzt_innen gearbeitet, sind professionell sozialisiert und fühlen sich der Person, die sie begutachten sollen, verpflichtet. Sie führen praktisch immer ein Gespräch, und beziehen die Selbstdarstellung der Leistungseinschränkungen in ihre Einschätzungen ein. Auf der einen Seite haben die Gutachter_innen das Selbstbewusstsein, die Leistungsfähigkeit zutreffend einschätzen zu können (das sich auch darauf stützt, dass sie ja selbst Fachgutachten auslösen können, wenn sie einen Sachverhalt nicht ausreichend einschätzen können), auf der anderen Seite wird mitunter problematisiert, dass die Gutachter_innen nur ganz punktuell, während der vielleicht einstündigen Begutachtung, mit der betreffenden Person zu tun haben. In ihrem Vorgehen, ihren Kriterien und in ihrem Selbstverständnis schätzen die Gutachter_innen des ÄD ein, dass sie im Wesentlichen den gleichen Standards folgen wie die medizinischen Gutachter_innen der Rentenversicherung. (Auch aus diesem Grund gibt es wenig gescheiterte Versuche, anfängliche Einschätzungsunterschiede zwischen den Ärzt_innen beider Träger beizulegen, s. u.) Die Ärzt_innen des ÄD stellen diese wichtige Gemeinsamkeit heraus, dennoch lassen sich mitunter Akzentuierungen erkennen, die verdeutlichen, dass sie sich nicht nur als Mediziner_innen verstehen, sondern zugleich als Angestellte der öffentlichen Ar-

beitsvermittlung. In einem Interview geschah dies beispielsweise in Abgrenzung gegenüber der Rentenversicherung, indem betont wurde, dass die Arbeitsmarktchancen eben doch nicht irrelevant für die Fähigkeit seien, sich seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Ein anderes Beispiel ist, dass betont wurde, Gutachten mit gravierenden sozialrechtlichen Folgen (in dem konkreten Beispiel ging es um ein Gutachten zur Überstellung in eine Werkstatt für behinderte Menschen) lieber selbst durch den ÄD anfertigen zu lassen, als einen externen Gutachterauftrag auszulösen. Die Akzentuierungen innerhalb eines gemeinsamen sozialmedizinischen Selbstverständnisses gehen also nicht dahin, leistungsgeminderte Personen aus dem Zuständigkeitsbereich der öffentlichen Arbeitsvermittlung schneller in die Rente abzuschieben, sondern eher dahin, Arbeitsmarktaspekte und die soziale Lage stärker zu gewichten.⁵⁸

Es gehört auch zum Selbstverständnis der Gutachter_innen des ÄD, dass sie sich strikt auf ihren Gutachterauftrag beschränken, den sie – außer bei den Nahtlosigkeitsfällen – von der zuständigen Vermittlungsfachkraft erhalten. Sie erstellen ein Gutachten zur Leistungsfähigkeit. Was daraus an Vermittlungsaktivitäten, Aktivierung oder Umschulung folgt, wird von ihnen nicht berührt oder empfohlen. Dies wird über alle Hierarchieebenen des ÄD hinweg zum Ausdruck gebracht. Sollte der Gutachterauftrag eines (internen) Auftraggebers beinhalten, die Leistungsfähigkeit für einen konkreten Arbeitsplatz einzuschätzen, so würde der ÄD diese Frage konkret beantworten. Bei Arbeitslosen hingegen, deren Leistungsfähigkeit nicht auf einen bestimmten Arbeitsplatz hin zu beurteilen ist, gibt der ÄD keine Empfehlungen für bestimmte Arbeitsplätze, die anzustreben oder zu vermeiden wären. Vielmehr werden im Gutachten die Einschränkungen und Möglichkeiten für eine Tätigkeit möglichst konkret benannt. Begründet wird diese „Zurückhaltung“ z. T. mit fehlender Kenntnis konkreter Arbeitsanforderungen, vor allem aber mit der aufgeteilten Zuständigkeit: Der ÄD weiß nicht, ob die Vermittlungsfachkraft, die den Untersuchungsauftrag ausgelöst hat, bereits eine Strategie hat, ob es Absprachen mit der zu begutachtenden Person gibt, ob Reha-Berater_innen bereits einbezogen sind usw. Auch diese Beschränkung bzw. Selbstbeschränkung ist Ausdruck der professionellen und organisatorischen Autonomie des ÄD innerhalb der BA, zu der übrigens auch gehört, dass der ÄD keine Sperrzeiten (und im SGB II-Bereich keine

58 Dies betrifft das Selbstverständnis und bedeutet nicht, dass die medizinischen Gutachter_innen anderer Träger die soziale Lage ignorieren oder weniger stark gewichten würden.

Sanktionen) bei mangelnder Mitwirkung der zu begutachtenden Personen auslösen kann.⁵⁹

Die Begutachtung erfolgt nicht nur entlang vorgegebener Abläufe und aus einem beruflichen Selbstverständnis heraus, sondern auch unter konkreten *Arbeitsbedingungen*. Sehr oft wurde von den Gutachter_innen des ÄD der Verzicht auf Nachtschichten gewürdigt, die für Ärzt_innen in anderen Bereichen typisch sind und nicht selten ein wesentlicher Grund waren, überhaupt eine Tätigkeit im ÄD anzutreten. Im Zentrum der Frage nach den Arbeitsbedingungen der Gutachtertätigkeit steht aber, ob die in der Zielvereinbarung verabredete Kapazität in guter Qualität bearbeitet werden kann. Den Aussagen der Interviewpartner_innen zufolge – wiederum über alle Hierarchieebenen hinweg – ist dies im Wesentlichen der Fall. Zwar wurde von einer Führungskraft berichtet, dass sie einer Überlastungsanzeige einer ärztlichen Mitarbeiterin bzw. eines ärztlichen Mitarbeiters nachzugehen hätte. Und obwohl es Prüfroutinen gibt, in denen Vorgesetzte kontrollieren, welche Laufzeiten die Gutachten hatten, ob ein angemessenes Gutachtenformat gewählt wurde, und ob die Gutachten den Anforderungen genügen, gibt es doch Möglichkeiten für die Ärzt_innen des ÄD, mit sehr hohen Arbeitsvorgaben umzugehen, indem in Grenzfällen auf „kleinere“, aufwandsärmere, Gutachtenformate gewechselt wird, indem mehr Fremdaufträge vergeben werden oder indem innerhalb eines gewählten Gutachtenformats der Aufwand reduziert wird. Diese möglichen Ausweichstrategien wurden aber weder von den Führungskräften noch von den Fachkräften thematisiert, sodass nicht zu vermuten ist, dass von den Arbeitsbedingungen ein systematisches Qualitätsrisiko ausgeht. Eine Ausnahme stellen jedoch die „Nahtlosigkeitsgutachten“ dar, für die aufgrund der engen Zeitvorgabe nicht immer alle mobilisierbaren Informationen einbezogen werden können.⁶⁰

An der Erwerbsminderungsvermutung sind nicht nur die Mitarbeiter_innen des ÄD beteiligt, sondern – als Auslöser der Begutachtung – auch die Vermittlungsfachkräfte. Bei ihnen stellt sich das Vorgehen etwas anders dar als

59 Der ÄD kann allenfalls die Vermittlungsfachkraft z. B. über wiederholtes Nichterscheinen informieren. Für die Feststellung der Leistungsfähigkeit ist eine Einwilligungserklärung der oder des Arbeitslosen nicht erforderlich, d. h. die Mitwirkung ist verpflichtend. In allen anderen Fällen, etwa zur Begutachtung von Leistungseinschränkungen für bestimmte Tätigkeiten, ist die Mitwirkung freiwillig (siehe BA 2013, S. 29 f. sowie § 32 SGB III). Jedoch könnten bei fehlender Mitwirkung des Kunden die Vermittlungsfachkräfte die bestehenden Einschränkungen in der Vermittlungsarbeit nicht berücksichtigen.

60 Es ist strittig, ob dies als ein „Qualitätsrisiko“ im strengen Sinn zu werten ist, da die 15-Werktag-Vorgabe eben auch ein Merkmal dieser Gutachten ist. Ziel ist, eine vorläufige Einschätzung innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens zu erstellen.

beim ÄD. Dies ergibt sich aus ihrer Stellung im Prozess und aus den Aufgaben, die sich jeweils vom ÄD unterscheiden. Lässt man einmal die sogenannten „Nahtlosigkeitsfälle“ beiseite – die vom Leistungsbereich bzw. der Eingangszone mit der Abgabe eines Leistungsantrags an den ÄD verwiesen werden und vorher bei einer zugeordneten Vermittlungsfachkraft nur irrtümlich auftauchen, bevor sie dann doch zum ÄD geschickt werden –, dann beziehen Vermittlungsfachkräfte den ÄD ein, wenn sie sich hinsichtlich der Leistungsfähigkeit unsicher sind. Dies wiederum geht in der Regel auf die Arbeitsuchende_n zurück, die bestimmte (oder alle) Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen ausschließen. Ein ärztliches Gutachten kann der Vermittlungsfachkraft die nötigen Hinweise für die Vermittlungsstrategie geben, schafft aber auch gegenüber der oder dem Arbeitsuchende_n Klarheit hinsichtlich der zumutbaren Tätigkeiten. Dies ist auch dann von Interesse sowohl für die Vermittlungsfachkraft als auch den oder die Arbeitsuchende_n, wenn ein Reha-/Rentenverfahren mit einer ablehnenden Entscheidung ausgegangen ist.

Die Aussagen des medizinischen Gutachtens sind für die Vermittlungsfachkräfte bindend, aber die Konsequenzen für die Vermittlungstätigkeit sind nicht zwingend. Wenn in einem Gutachten bestimmte Tätigkeiten ausgeschlossen werden, dann ist die Vermittelbarkeit insoweit eingeschränkt. Dies begrenzt die Zumutbarkeitsanforderungen, welche die Vermittlungsfachkräfte an die Arbeitsuchenden stellen, kann aber auch das vom Arbeitsuchenden angestrebte Tätigkeitsspektrum einschränken. So ist es einerseits möglich, dass eine arbeitsuchende Person eine Tätigkeit anstrebt (und möglicherweise eine Umschulung in eine Tätigkeit hinein wünscht), für die laut medizinischem Gutachten die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Sofern die Vermittlungsfachkraft ohnehin skeptisch gegenüber diesem Wunsch ist, kann sie sich auf das Gutachten stützen, um eine Ablehnung der Umschulung (oder Berücksichtigung dieser Tätigkeit in der Vermittlungsstrategie) zu begründen. Andererseits ist es aber auch möglich, dass Arbeitsuchende eine Tätigkeit anstreben und vielleicht auch finden, die aus gutachterlicher Sicht ausgeschlossen wird oder zumindest nicht empfohlen werden kann, etwa die Wiederaufnahme einer Tätigkeit als Fliesenleger mit lädierten Knien. In diesem Fall ist eine Beschäftigungsaufnahme (und Vermittlungstätigkeit) nicht verboten, aber sie kann von der Vermittlungsfachkraft nicht gefordert werden (und im Weigerungsfall folglich nicht mit einer Sperrzeit belegt werden), sie kann aber auch nicht gefördert werden (etwa mit einem Eingliederungszuschuss). Um förderungsfähig zu sein, müssen die Arbeitsplätze leidensgerecht sein, d. h. den gesundheitlichen Voraussetzungen der Personen, die auf ihnen beschäftigt sein sollen, entsprechen. Aller-

dings scheint es Spielräume in der Einschätzung der Leidensgerechtigkeit zu geben, die von den Vermittlungsfachkräften der Arbeitsagenturen anscheinend etwas weiter ausgelegt werden als von der Rentenversicherung (s. u.).

Wie oben erläutert, ruhen die Vermittlungsaktivitäten seitens der Vermittlungsfachkraft, solange das Gutachten nicht vorliegt oder das Rentenverfahren läuft:

„Wir halten uns nur auf dem Laufenden. Wir werden den Kunden nicht vermitteln, weil nachher, es ist ja so, dann haben wir vielleicht einen Arbeitgeber, der sagt ‚Ok, ich stelle ihn ein mit Förderung [...]‘ und dann stellt sich heraus, ja oder dann wird ihm die volle Erwerbsminderungsrente zugestanden. [...] Wir warten das Rentenverfahren ab“ (112AA, 202).

Mit der ablehnenden Entscheidung der Rentenversicherung müssen sich die Antragsteller_innen der Vermittlung zur Verfügung stellen, um Arbeitslosengeld zu erhalten. Dies wird den betreffenden Personen von den Vermittlungsfachkräften (und vom ÄD, s. o.) vermittelt und gilt auch dann, wenn die Betroffenen gegen die Entscheidung der Rentenversicherung Widerspruch einlegen und damit das Verfahren aufrechterhalten wird. Dadurch werden die Arbeitslosen wiederum in die widersprüchliche Lage gebracht, sich gegenüber der Arbeitsagentur als vermittlungsfähig (und folglich arbeitsfähig) erklären zu müssen und gleichzeitig gegenüber der Rentenversicherung als erwerbsgemindert zu erklären. Die pragmatische Lösung der Vermittlungsfachkräfte scheint häufig zu sein, die Aktivierung bis zur endgültigen Entscheidung ruhen zu lassen, um den Widerspruch, in dem sich die arbeitslosen Rentenantragsteller_innen befinden, nicht noch zusätzlich zu verschärfen. Dies erfolgt nach einer Rücksprache mit den Betroffenen, in der die sozialrechtlichen Sachverhalte erläutert werden. Für eine vermittlerseitige Zusicherung, auf den Nachweis von Bewerbungsaktivitäten zu verzichten, muss das Vertrauen bei der betreffenden Person hergestellt werden, dass der Verzicht auf die Aktivierung später nicht doch leistungsrechtliche Nachteile nach sich zieht.

Die Möglichkeiten zur Aktivierung von Arbeitsuchenden mit – teilweise erheblichen – gesundheitlichen Einschränkungen lassen sich nicht verallgemeinernd beschreiben oder pauschal bewerten. Sie hängen unter anderem von der Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung, der Erwerbsmotivation, dem verfügbaren Instrumentarium an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und nicht zuletzt von der Vermittlungsfachkraft ab. Aus den Interviews mit den Vermittlungsfachkräften entsteht jedoch der Eindruck, dass die wahrgenommenen Vermittlungschancen die Aktivitäten der Vermittler beeinflussen. Eine Rolle für die Vermittlungschancen scheint dabei das Alter von Arbeitsuchenden zu spielen: im rentennahen Alter werden

Jobangebote oder Maßnahmeangebote für gesundheitlich erheblich beeinträchtigte Arbeitsuchende als mehr oder weniger zwecklos bewertet. Nachfragen in den Interviews, ab wann denn ein rentennahes Alter vorliegt, wurden weniger mit Altersgrenzen beantwortet, sondern eher mit Relativierungen des „Alters“ als ein Kriterium, um die Vermittlungschancen zu beurteilen. Diese Relativierungen verdeutlichen den Zwiespalt, in dem sich die Vermittlungsfachkräfte sehen. Es entspricht nicht dem Aufgabenverständnis der Vermittlungsfachkräfte – sofern generalisierbar –, Arbeitsuchende aus der Vermittlungsarbeit auszuschließen; selbst dann nicht, wenn sie schwerwiegende Vermittlungshemmnisse aufweisen. Zugleich sehen sie bei einer Personen-Gruppe von relevanter Größe keine Handlungsmöglichkeiten.

Im Selbstverständnis der Vermittlungsfachkräfte in den Arbeitsagenturen lassen sich zwei Motive deutlich erkennen: das Interesse an einer Arbeitsvermittlung (statt eines Übergangs in Rente) und das Interesse an einer kundenorientierten leistungsrechtlichen Beratung.

Interesse an einer Arbeitsvermittlung: Die gutachterliche Einschätzung des AD oder der Rentenversicherung wird hingenommen und ist die Grundlage, auf der die Vermittlungsfachkräfte arbeiten. Ihr Ziel ist es, die Betroffenen in eine angemessene Arbeit zu bringen. Sie schätzen sich dabei teilweise als „mutiger“ (im Sinne von erwerbsintegrationsorientierter) ein, was die Vorschläge an leidensgerechten Arbeitsplätzen angeht, als es – wiederum ihrer Selbstwahrnehmung zufolge – Reha-Teams oder die Arbeitsförderung der Rentenversicherung machen würden.

„Ich denke mal, [...] die Deutsche Rentenversicherung ist da ein Stück weit stringenter, dass die sagt: ‚Er [eine arbeitsuchende Person] hat schon mehr als eine körperliche Einschränkung, und da passt nur der Beruf im Bürobereich.‘ Und wenn der sich ein bisschen abseits bewegt, auch unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechtes [...], dass man [als Vermittlungsfachkraft] dann [...] sagt: ‚Ok, das passt. [...]‘ Auch wenn es im Grunde genommen vielleicht noch eine bessere Lösung gäbe, die noch leidensgerechter wäre, wie z. B. die Bürotätigkeit. Aber der will eben nicht am Computer sitzen, sondern will eben – von mir aus – Außendienst machen. Dass man [als Vermittlungsfachkraft] dann sagt: ‚Mh, das akzeptiere ich, das fördere ich trotzdem.‘ Ich glaube, da sind wir ein Stück weit mutiger. Weil wir vielleicht auch den Arbeitsmarkt mehr vor Augen haben. Wir sind ja dann in der Endkonsequenz der Dienstleister am Arbeitsmarkt auch“ (226, 77).⁶¹

61 Die Einschätzung der Leidensgerechtigkeit durch die Rentenversicherung ist relevant, weil auch die Rentenversicherung die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit fördern kann, dafür aber die eigenständige Bewertung der Leidensgerechtigkeit Voraussetzung ist.

Die Vermittlungsfachkräfte gestehen gleichwohl zu, dass es „schwierig“ ist, bei komplexen Leiden passende Arbeitsplätze auch nur zu benennen, geschweige denn die betreffenden Personen darauf zu vermitteln. Mitunter verweisen die Vermittlungsfachkräfte darauf, gerade dann die Kund_innen einzubeziehen: „Es ist sehr schwierig, aber diese Aufgabe gebe ich schon weiter auch an den Arbeitnehmer. Ich sage ‚es gibt niemanden, der sich so gut kennt, wie Sie selbst, und was Sie sich zutrauen‘“ (111AA, 44). Zugleich wird betont, dass es keine „Standardstrategie“ gibt: jeder Fall ist anders, die Chancen und Hemmnisse sind individuell zu beurteilen. Vereinzelt wird auf die Rentenberatung verwiesen, aber weniger mit dem Ziel, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen – dass diese nicht einfach bewilligt wird, wissen auch die Vermittlungsfachkräfte –, sondern mit dem Ziel, bei einer nur teilweisen Verfügbarkeit (und folglich nur einem teilweisen Arbeitslosengeld) zumindest eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zu erhalten.⁶²

Interessen an einer kundenorientierten Leistungsberatung: Die Leistungsberatung erschöpft sich nicht darin, den Kund_innen zu verdeutlichen, dass sie sich auch bei beträchtlichen Einschränkungen der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen müssen, um Arbeitslosengeld zu erhalten. Sie beinhaltet auch, auf die Rentenberatung zu verweisen; insbesondere, um zu klären, ob es vorteilhaft ist, nach ausgelaufenem Arbeitslosengeld-Anspruch weiterhin arbeitslos gemeldet zu bleiben (wegen der rentenrelevanten Anrechnungszeiten bei Arbeitslosigkeit), und um die Höhe einer eventuellen Erwerbsminderungsrente bestimmen zu lassen. Schon wegen der oftmals geringen Rentenansprüche in der EM-Rente ist es nicht das Ziel, eine EM-Rente zu empfehlen.

Auch für die Vermittlungsfachkräfte hängen die Chancen zu einer individuellen Aktivierung und Beratung von den Rahmenbedingungen ab. Im Unterschied zu den Ärzt_innen im ÄD, die mit ständig wechselnden Personen zu tun haben und keine längerfristige Arbeitsbeziehung aufbauen können, sind die Vermittlungsfachkräfte einem festen Personenkreis (meist sortiert nach Berufen) zugeordnet, die sie zu betreuen haben. Die befragten Vermittlungsfachkräfte geben an, dass sie ca. zwischen 320 und 360 Arbeitsuchende zu betreuen haben. Eine gleichermaßen intensive wie individuelle Betreuung erscheint kaum möglich; selbst dann nicht, wenn man berücksichtigt, dass gerade unter den Personen, die erst seit kurzem arbeitslos sind und sich überwiegend selbstständig um eine neue Beschäftigung kümmern, der Aufwand

62 Dass auf diese Weise die Voraussetzung für eine volle Erwerbsminderungsrente wegen verschlossenem Arbeitsmarkt geschaffen wird, wurde hier nicht thematisiert.

für die Vermittlungskräfte nicht hoch ist. Auf die Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen trifft dies gerade nicht zu, denn sie lösen besonderen Betreuungsaufwand aus (Einleitung und Auswertung ärztlicher Gutachten, ggf. Organisation und Abstimmung von Reha-Maßnahmen, eingeschränktes Jobangebot). Obwohl dies in den Interviews in den Arbeitsagenturen nicht deutlich ausgesprochen wurde, scheint in der normalen Arbeitsvermittlung eine Betreuung, die ebenso intensiv wie individuell ist, oft nicht möglich zu sein.

Interaktion zwischen Vermittlungsfachkräften und Ärztlichem Dienst innerhalb der Arbeitsagenturen

Vermittlungsfachkräfte und Ärztlicher Dienst kommunizieren ganz überwiegend über die Gutachten miteinander. Allerdings erhalten die Vermittlungsfachkräfte lediglich Teil B des medizinischen Gutachtens, also das Leistungsbild und die Leistungseinschränkungen, nicht Teil A mit den medizinischen Befunden. Nur in Einzelfällen sprechen Vermittlungsfachkräfte und ÄD miteinander, um sich Untersuchungsaufträge bzw. Untersuchungsergebnisse erläutern zu lassen. Ebenfalls eher selten gibt es einen Austausch auf der ersten Leitungsebene (Teamleitungen), um wechselseitig die jeweiligen Anforderungen und Vorgehensweisen zu erläutern; allerdings erhalten die Vermittlungsfachkräfte Informationen bzw. Schulungen darüber – auch vom ÄD selbst –, wann und wie der ÄD einzuschalten ist.

Im Allgemeinen wird die Zusammenarbeit zwischen Vermittlungsfachkräften (und der Leistungsbearbeitung) einerseits und dem ÄD andererseits als eingespielt, rasch und unkompliziert beschrieben. Allerdings ist aus Sicht der Vermittlungsfachkräfte ein wiederholtes Problem, dass das medizinische Gutachten zu wenig Aufschluss für die Vermittlungsarbeit liefert bzw. umgekehrt, dass der von den Vermittlungsfachkräften gestellte Untersuchungsauftrag zu ungenau ist. Denn der ÄD wird nicht nur erst im Auftrag der internen Kunden tätig, er wird auch nur insoweit tätig, wie der Auftrag formuliert ist. Zu breit gefasste Aufträge und zu viele Fragen im Untersuchungsauftrag führen dazu, dass der ÄD ein umfangreicheres – und damit teureres – Gutachtenformat wählen muss als eigentlich erforderlich. Zudem sind die Gutachtenergebnisse umfangreicher bzw. grundsätzlicher, als dass sie die Vermittlungsfachkraft tatsächlich unterstützen würden.

Allerdings scheinen diese internen Probleme in der Interaktion mit den Jobcentern häufiger vorzukommen als gegenüber den Arbeitsagenturen (s. u.).

Interaktion zwischen Arbeitsagentur und Rentenversicherung

In den Verfahren, in denen die Arbeitsagentur einer Erwerbsminderungsvermutung nachzugehen hat, ist der mit Abstand häufigste Interaktionspartner die Rentenversicherung, während etwa Betriebsärzte und Krankenkassen demgegenüber kaum eine Rolle spielen. Der entscheidende Punkt in der Interaktion zwischen beiden Institutionen ist, ob die Erwerbsminderungsvermutungen des ÄD durch die Rentenversicherung bestätigt werden, oder ob die Rentenversicherung zu anderen Einschätzungen kommt.

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass sich ÄD und Rentenversicherung an denselben Kriterien für Erwerbsfähigkeit/Erwerbsminderung ausrichten, im Prinzip identische Verfahren zur Feststellung der Leistungsfähigkeit einsetzen und ähnliche Formulare nutzen. Die Verfahren der beiden Sozialleistungsträger sind anschlussfähig aneinander nicht nur auf einer sozialrechtlichen, sondern auch auf einer professionell-fachlichen und organisatorischen Grundlage. Als auffälligster Unterschied wird seitens des ÄD benannt, dass Suchtkrankheiten unterschiedlich beurteilt werden: Während die RV eine Suchtkrankheit grundsätzlich für heilbar halte (bzw. das Ausleben der Sucht durch Entzug gestoppt werden könne), vertritt der ÄD oft die Auffassung, dass ein erfolgreicher Entzug nicht realistisch ist. Die Suchtkrankheit bestehe daher dauerhaft fort, was die RV bestreitet und deshalb nur eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit, aber keine dauerhaft eingeschränkte Erwerbsfähigkeit feststellt:

„Wo es am ehesten zu Differenzen kommt, ist im Prinzip bei den F-Diagnosen. Also Alkoholiker ist ein Klassiker. Die Rentenversicherung vertritt ein wenig die Auffassung, dass jeder Alkoholiker, wenn er morgen aufhört, sofort in den Arbeitsmarkt integrierbar ist. Ist sicher theoretisch auch möglich, [...] aber wenn wir jemanden haben, der seit 20 Jahren es nicht hinkriegt, [...] schon gewisse Organschäden aufweist, dann ist es natürlich schwierig. Aber da sind wir manchmal uns nicht einig. Gut, aber das sind auch Fälle, die können auch durchaus kritisch betrachtet werden, also da kann man diese oder jene Auffassung teilen. Aber im Prinzip sind wir alle nach demselben sozialmedizinischen Standard unterwegs, also da ist eigentlich kein Dissens“ (101ÄD, 175).

Von diesem allerdings wichtigen Bewertungsunterschied abgesehen, sind die Kriterien des ÄD und der BA anschlussfähig. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Sozialleistungsträgern bestehen aber hinsichtlich der Zuständigkeit für Sozialleistungen und der sozialrechtlich vorgegebenen Stellung zueinander.

Ganz selbstverständlich wird sowohl von den Vermittlungsfachkräften als auch vom ÄD eine Interessendivergenz zwischen Rentenversicherung

und Arbeitsagentur dergestalt unterstellt, dass die Rentenversicherung möglichst wenig Erwerbsminderungsfälle akzeptiert bzw. so weit wie möglich eine vom ÄD bescheinigte Erwerbsminderung bestreitet. Es wird aber nicht systematisch nachgehalten, welchen weiteren Verlauf die Personen genommen haben, bei denen vom ÄD eine Erwerbsminderung vermutet wurde. Möglicherweise besteht auch deshalb bei den Mitarbeiter_innen der BA der Eindruck, die Entscheidungen der Rentenversicherung wären eine *black box*, die sie nicht prognostizieren können (112AA, 173–176, 225AA, 77–78).

Dem Eindruck der Mitarbeiter_innen der BA (Vermittlungsfachkräfte und ÄD gleichermaßen) nach haben die Gutachten des ÄD bei der Rentenversicherung oft keinen Bestand. Dennoch wird dem Divergenzverfahren keine große Bedeutung beigemessen. Es kommt, gemessen an der Häufigkeit, mit der Rentengutachten und ÄD-Gutachten nicht konvergieren, nur selten zum Zuge. Dies ist in der überlegenen Qualität der Rentengutachten begründet. Die Rentenversicherung unterliegt nicht der engen Zeitvorgabe, innerhalb von 15 Werktagen ein Gutachten zu erstellen. Zudem ist der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherungen deutlich ausgebauter als der ÄD der Agenturen, was dazu führt, dass öfter medizinische Spezialisten herangezogen werden können. Zeichnet sich eine Divergenz zwischen den Auffassungen der Rentenversicherung und des ÄD ab, so setzt sich die Rentenversicherung mitunter mit dem ÄD in Verbindung, in vielen Fällen entscheidet die Rentenversicherung auch ohne Rücksprache.⁶³ In der überwiegenden Zahl der Fälle, so berichten es die Mitarbeiter_innen des ÄD, in denen sie in die Gutachten der Rentenversicherung Einblick nehmen, erkennen sie, dass sich die Rentenversicherung auf eine überzeugendere Entscheidungsgrundlage stützen kann, und verzichten deshalb auf ein förmliches Divergenzverfahren. Dieser Verzicht ist eher noch durch die Akzeptanz des überlegenen Gutachtens der Rentenversicherung begründet und weniger auf das formale Letztentscheidungsrecht der Rentenversicherung, die mit dem Divergenzverfahren verbunden ist.

„Ich glaube, dass [...] man dem Rententräger recht gibt, weil der einfach auch mehr Zeit hat, zu recherchieren, fachärztliche Gutachten einzuholen und, also ich glaube schon, dass das in den meisten Fällen, also dann eher gegen die Rente endet. Dass man eher dem Rententräger recht gibt und sagt: ‚Ja gut,

63 Von den Entscheidungen ohne Rücksprache erfahren die Arbeitsagenturen, indem der Erstattungsanspruch, den die BA vorsorglich gegenüber der Rentenversicherung angemeldet hat, zurückgewiesen wird.

komm, wenn der Neurologe das jetzt untersucht hat, das ist der Facharzt‘ und [...] die stehen nicht unter dem Zeitdruck mit diesen 15 Arbeitstagen“ (103ÄD, 143).⁶⁴

Eine Kommunikation zwischen den Gutachter_innen beider Sozialversicherungsträger findet gelegentlich aufgrund konkreter Fälle statt. Ein fallübergreifender Informationsaustausch, etwa in Gestalt von Qualitätszirkeln, ist nicht ausgeschlossen, scheint aber nur sehr vereinzelt vorzukommen.⁶⁵ In den Interviews ist manchmal die Rede davon, dass es derartige Qualitätszirkel in anderen Regionen gibt oder in der jeweiligen Region zu früheren Zeiten gab, was insgesamt zeigt, dass sie grundsätzlich möglich sind, aber aktuell nicht bestehen.

Regionale Unterschiede in der Zugangssteuerung der Arbeitsagenturen?

Systematische Unterschiede im Umgang mit der Vermutung der Erwerbsminderung zwischen den untersuchten Arbeitsagenturen lassen sich kaum benennen. Dies ist zunächst erstaunlich, ist doch allgemein bekannt, dass es – trotz einer hierarchischen Steuerung der lokalen Arbeitsagenturen durch Regionaldirektionen und Zentrale – Spielräume gibt, die zu lokalen Strategien führen. Möglicherweise schlagen sich lokale Unterschiede in den Arbeitsmarktstrategien auch deshalb nicht nieder, weil der ÄD der strategischen Disposition der Arbeitsagenturen entzogen ist (oder ihr zumindest nicht in dem Maße zur Verfügung steht, wie es etwa mit der Planung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen der Fall ist). Weiterhin dürfte eine Rolle spielen, dass – trotz der regelmäßigen Beschäftigung auch der Vermittlungsfachkräfte mit Personen mit erheblichen Leistungseinschränkungen bzw. einer vermuteten Erwerbsminderung – „jeder Fall anders ist“ und es „keine Standardlösung“ gibt (227AA, 158).

64 Aus der Rentenversicherung werden die Qualitätsunterschiede bestätigt: „Früher (...) hatte ich den Eindruck, dass also die AfA[Agentur für Arbeit]-Gutachten [...] von der Qualität eigentlich ziemlich dem [entsprachen], was wir auch zumindest vom Aufbau und von der Ausführlichkeit her [von einem] Rentengutachten vorstellen, während die Jobcenter-Gutachten [...], dann relativ kurz und wenig [...] nachvollziehbar waren. Die AfA-Gutachten sind aus meiner Sicht in den letzten Jahren auch zunehmend kurz, teilweise auch nur so nach Aktenlage, kurze gutachterliche Äußerungen nur geworden, sodass sich das so tendenziell eher angeglichen hat“ (124RV, 180).

65 Einen regelmäßige Qualitätszirkel (Sozialmedizinischen Zirkel) gibt es allerdings in Berlin-Brandenburg.

Soweit erkennbar, bestehen weitgehende Gemeinsamkeiten der untersuchten Arbeitsagenturen in beiden Regionen hinsichtlich der formalen Abläufe, einschließlich des Ruhens der Aktivierung bis zum ersten Entscheid der RV, vor allem aber hinsichtlich des hohen Zeitdrucks zur Klärung der Erwerbsminderungsvermutung nach der Aussteuerung aus dem Krankengeld (Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III, Nahtlosigkeitsregelung). In einer Arbeitsagentur in der Ostregion wurde eine auf Erwerbsminderungsverfahren spezialisierte Beratungsfachkraft angetroffen, mit der ein Interview geführt wurde.⁶⁶ Gemeinsamkeiten bestehen auch in der grundsätzlichen Integrationsorientierung der Vermittlungsfachkräfte, die eher nach dem Alter der betreffenden Personen als nach der Arbeitsmarktlage abgestuft zu sein scheint. Hinsichtlich des ÄD bestehen wichtige Gemeinsamkeiten in beiden Regionen in der Einschätzung der überlegenen Gutachterkapazität bei der RV und in der darauf beruhenden Akzeptanz abweichender RV-Gutachten, was erklärt, warum das Divergenzverfahren nur selten in Anspruch genommen wird, sowie in der Bewertung der vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen des ÄD als ausreichend, um den geforderten Aufgaben nachzukommen. Eine die Vermittlungsfachkräfte und den ÄD betreffende Gemeinsamkeit ist – wiederum in beiden Regionen – die Unvorhersehbarkeit der Entscheidungen der Rentenversicherung (*black box*). Dass die Gutachten des ÄD häufig nicht die Entscheidungsgrundlage für die Rentenversicherung sind, ist ebenfalls in beiden Regionen zu verzeichnen.

Schließlich ist eine weitere wesentliche Gemeinsamkeit, dass die Kommunikation zwischen beiden Sozialleistungsträgern ganz überwiegend auf der Grundlage konkreter Fallbearbeitungen erfolgt, Entscheidungen kaum begründet bzw. verhandelt werden und es nur wenig fallübergreifenden Austausch gibt. In diesem letzten Punkt gibt es aber einen Unterschied zwischen beiden Regionen. Der Regionalverband des ÄD, der für die Ostregion zuständig ist, hat mit den zuständigen Rentenversicherungsträgern eine Vereinbarung getroffen, die einen verbesserten Austausch von Unterlagen und die Zusammenarbeit insgesamt vor allem gegenüber Personen mit Suchterkrankungen vorsieht. Die Zusammenarbeit des ÄD der BA mit der RV in der Ostregion wurde von den Interviewpartnern als „intensiv“ und „gut“ hervorgehoben (001ÄD, 103).

66 Das schließt nicht aus, dass es solche Spezialisierungen auch in den anderen Arbeitsagenturen gibt. Da die Gesprächspartner_innen aber von vornherein einen Bezug zum Thema aufwiesen, ist es unwahrscheinlich, dass es solche spezialisierten Fachkräfte gibt, die nicht in die Interviews einbezogen worden wären.

5.3.2 Sozialmedizinische Begutachtung in den Jobcentern

Unterschiede im Ablauf zu den Arbeitsagenturen

Auch der Aufbau und die Organisation der Jobcenter, als der neben den Arbeitsagenturen bestehende zweite Strang der öffentlichen Arbeitsvermittlung, wurde in [Kapitel 4](#) erläutert, wo herausgestellt wurde, dass es zwei Modelle von Jobcentern gibt, nämlich gemeinsam von BA und Kommune betriebene Jobcenter (sogenannte gemeinsame Einrichtungen, gE), welche auch den Ärztlichen Dienst der BA nutzen, und Jobcenter in kommunaler Alleinzuständigkeit, welche sich in der Regel auf kommunale Gesundheitsämter stützen ([siehe Abschnitt 4.1.2](#)).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Jobcentern und den Arbeitsagenturen besteht darin, dass Jobcenter die ihnen zugeordneten Leistungsbezieher_innen (Arbeitslosengeld II-Beziehende) dazu auffordern können, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen; Arbeitsagenturen können nur zu einem Reha-Antrag auffordern, der über eine Umdeutung in einen Rentenanspruch mündet. Jobcenter können darüber hinaus selbst als Antragsteller tätig werden und anstelle von Leistungsbeziehenden einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen. Ob der Antrag von einer Person oder vom Jobcenter gestellt wurde, ist auf dem Antragsformular vermerkt.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied hinsichtlich der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten – die im Bereich der öffentlichen Arbeitsvermittlung die Abklärung der Erwerbsminderungsvermutung ist – zwischen Arbeitsagenturen und Jobcentern besteht darin, dass Jobcenter praktisch nicht mit der Nahtlosigkeitsregelung befasst sind.⁶⁷ Um die Nahtlosigkeit herzustellen, erhalten die betreffenden Personen provisorisch Arbeitslosengeld; damit sind sie den Arbeitsagenturen zugeordnet. Infolgedessen ist die typische Konstellation, in der im Bereich der Jobcenter der Verdacht einer Erwerbsminderung aufkommt, dadurch gekennzeichnet, dass nach Einschätzung der Vermittlungsfachkraft und/oder nach Einschätzung der Person, die Arbeitslosengeld II bezieht, an der Erwerbsfähigkeit Zweifel bestehen.

67 Zwei Ausnahme- bzw. Grenzfälle sind zu erwähnen: Wenn nach der Aussteuerung aus dem Krankengeld Personen kein Arbeitslosengeld in existenzsichernder Höhe erhalten, müssten sie (Bedürftigkeit vorausgesetzt) Arbeitslosengeld II erhalten. In den Interviews spielte diese Konstellation keine Rolle; möglicherweise deshalb, weil die Erwerbsfähigkeit bei den Nahtlosigkeitsfällen sofort geklärt wird und die betreffenden Personen an den ÄD nicht erst über das Jobcenter verwiesen werden. Der zweite Ausnahmefall ist, wenn Personen aus dem Arbeitslosengeld II-Bezug heraus dauerhaft krank sind und ihren Anspruch auf Krankengeld aufbrauchen. Auch dann würden sie zunächst als Nahtlosigkeitsfall durch die Arbeitsagentur betreut werden. Auch dies spielte in den Interviews keine Rolle.

Beziehungen zum Ärztlichen Dienst

Für die Jobcenter in Form der gemeinsamen Einrichtungen (gE) funktioniert die Inanspruchnahme des ÄD ähnlich wie innerhalb der Agentur: in den Jobcentern ist ein Budget zur Inanspruchnahme des ÄD (und weiterer sozialmedizinischer Dienstleister, denn die gE sind nicht an den ÄD der BA gebunden) eingeplant. Wie gegenüber den Arbeitsagenturen, entscheidet der ÄD autonom, welches Begutachtungsformat für eine bestimmte Anfrage angemessen ist und stellt den dafür erforderlichen Aufwand dem Jobcenter in Rechnung.

Im Vergleich zu den Abläufen in den Arbeitsagenturen, scheint es in den Jobcentern in zwei Punkten öfter Probleme zu geben: bei der Inanspruchnahme des Ärztlichen Dienstes und der Genauigkeit der Gutachteraufträge.

Inanspruchnahme des Ärztlichen Dienstes: In welchem Ausmaß der ÄD durch die Vermittlungsfachkräfte der Jobcenter beauftragt wird, wird anscheinend stärker gesteuert als in den Arbeitsagenturen. In einem der beiden untersuchten Jobcenter der Westregion sind nur zwei Fachkräfte eines Vermittlungsteams im Jobcenter befugt, Aufträge an den ÄD auszulösen. Die Vermittlungsfachkräfte müssen also zunächst die Absicht, einen Auftrag an den ÄD auszulösen, an diese beiden Fachkräfte herantragen, die diesen Auftrag einer ersten Vorabprüfung unterziehen und dabei auch die eingeplanten Kapazitäten des ÄD im Blick haben. Für dieses Jobcenter werden auch strikte Vorgaben zur Inanspruchnahme des ÄD pro Woche und Monat benannt. Allerdings wird aus demselben Jobcenter berichtet, dass die vorhandenen Kapazitäten ausreichen. Wenn der ÄD ausgeschöpft sei oder Überlastungen anzeigt, dann würde man auf andere Gutachter, insbesondere der Kommune, ausweichen. Jedoch seien dort die Wartezeiten noch länger als ohnehin schon beim ÄD.

Genauigkeit der Gutachteraufträge/Aussagekraft der Gutachten: Die Mitarbeiter_innen im ÄD betonen durchweg, dass sie auf Grundlage der erteilten Aufträge tätig werden. Je genauer die Aufträge gestellt werden, desto sicherer kann das tatsächlich erforderliche Begutachtungsformat ausgewählt werden, desto konkreter sind die Auskünfte des ÄD, und desto größeren Nutzen hat das Gutachten für die weitere Vermittlungsarbeit. Mit Jobcentern scheint es hierbei öfter Probleme zu geben als mit den Arbeitsagenturen. Dies zeigt sich z.B. daran, dass in einem Fall der ÄD auf eine entsprechende (vermutlich wiederholte) Information an die Teamleitungen gedrängt hat, oder auch an kritischen Bemerkungen des ÄD, dass sehr vielfältige Anfragen in einem Auftrag gebündelt werden würden, zu denen es dann auch noch die Erwartung gebe, sie im kostengünstigsten Begutachtungsformat zu bearbeiten. Dies

wird vom ÄD auch gegenüber den Agenturen thematisiert, gegenüber den Jobcentern aber ausgeprägter. Umgekehrt gibt es aber auch häufiger von Vermittlungsfachkräften in den Jobcentern Kritiken am ÄD, dass die Gutachten nicht hilfreich für die Vermittlungsarbeit seien.

Beide Probleme können Folge einer – im Vergleich zu den Arbeitsagenturen – mangelnden Vertrautheit in der Zusammenarbeit mit dem ÄD sein. Angesichts der 10-jährigen Existenz der Jobcenter dürfte dies dann weniger auf das Alter der Organisation zurückzuführen sein, möglicherweise aber auf die hohe Fluktuation, wie sie für Jobcenter wiederholt beschrieben wurde (Sell 2015, WZB/infas/FHS 2008, Matiaske/Olejniczak/Schult 2015).

Beziehungen zum kommunalen Sozialamt

Die kommunalen Sozialämter sind die Stellen, die für Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung (SGB XII) zuständig sind. Erwerbsgeminderte Personen, die nicht die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllen, müssen sich bei Hilfebedürftigkeit an das Sozialamt wenden.⁶⁸ Bei einer vermuteten Erwerbsminderung verweist das Jobcenter die betreffende Person an das Sozialamt, welches die Erwerbsfähigkeit eigenständig prüft. Bei Divergenzen mit dem Jobcenter wird der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung eingeschaltet, der eine Begutachtung vornimmt und auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüft. Der SMD der Rentenversicherung erbringt die Begutachtung als Dienstleistung für das Sozialamt, seine Stellungnahme ist bindend.⁶⁹

Stärker als anderen Akteuren wird von den Mitarbeiter_innen im Jobcenter dem kommunalen Sozialamt eine Abwehrhaltung gegen Anträge auf Grundsicherung bei Erwerbsminderung zugeschrieben, wobei ausschließlich fiskalische Interessen der Kommune vermutet werden.⁷⁰ Ausdruck dieser Abwehrhaltung ist unter anderem, dass die Kommunen auch solche medizinischen Gutachten anzweifeln, die vom kommunalen Gesundheitsamt für das Jobcenter erstellt wurden.

68 Dies gilt auch für Personen, die eine EM-Rente in nicht existenzsichernder Höhe erhalten. Für sie ist jedoch die Erwerbsminderung bereits festgestellt.

69 Im untersuchten Jobcenter der Westregion wurde betont, dass das Kommunale Sozialamt direkt (ohne erneutes Einschalten des JC) den SMD um eine endgültige Einschätzung angehen kann. Dies wurde als eine sinnvolle Vereinfachung des Verfahrens begrüßt.

70 Eine nicht bedarfsdeckende dauerhafte Erwerbsminderungsrente wird durch die „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ aufgestockt. Die Kosten dafür trägt der Bund. Bei einer befristeten Erwerbsminderung erfolgt die Aufstockung durch die Hilfe zum Lebensunterhalt. Die Kosten für die Sozialhilfe tragen die Kommunen (siehe Knuth 2014, S. 16).

Auch zwischen kommunalen Sozialämtern und Jobcentern finden – wie zwischen Arbeitsagenturen und Rentenversicherung – fallübergreifende Abstimmungen kaum statt. Kommuniziert wird über die Entscheidungen über die Erwerbsminderung der betreffenden Personen. In einem Jobcenter in der Ostregion wurde berichtet, dass die Kommune Rückfragen nicht wünscht, in einem anderen Jobcenter (in der Westregion) schien es Gespräche zwischen Jobcenter und Kommune wenigstens vereinzelt zu geben.

Vermittlungs- und Integrationsarbeit

Die Vermittlungsfachkräfte haben es mit Personen zu tun, von denen viele erhebliche Vermittlungshemmnisse aufweisen. Gesundheitliche Einschränkungen stellen oft nur einen Aspekt der Vermittlungshemmnisse dar, die aber nicht darauf beschränkt sind. Die Vermittlungshemmnisse ergeben sich – bei den sehr schwer zu vermittelnden Personen – oft auch aus einer jahrelangen gesundheitlichen Vernachlässigung und einem Verlust an Beschäftigungsfähigkeit aufgrund jahrelanger Arbeitslosigkeit/Nichterwerbstätigkeit in Verbindung mit niedriger Qualifikation. Es ist die Kombination solcher und ähnlicher Faktoren, die die Aufnahme einer „normalen“ Erwerbstätigkeit erschwert, und die kaum durch eine Qualifizierung oder einen Eingliederungszuschuss – durch das klassische Instrumentarium der Arbeitsförderung – überwunden werden kann. Entsprechend lässt sich auch die Frage des Umgangs seitens des Jobcenters mit diesen Personen nicht darauf reduzieren, ob durch eine sozialmedizinische Begutachtung ihre Erwerbsfähigkeit festgestellt wird.

Generell haben die Jobcenter ein erweitertes Instrumentarium zur Verfügung, um über die klassischen Instrumente der Arbeitsförderung hinaus weitere soziale Dienstleistungen einzusetzen. Diese sind beispielsweise im „beschäftigungsorientierten Fallmanagement“-Konzept gebündelt, das in einem der untersuchten Jobcenter umgesetzt wird. Die Fallmanager_innen in diesem Team haben regelmäßig mit Personen mit teilweise starken gesundheitlichen Einschränkungen zu tun. Allerdings stellt sich – trotz der gesundheitlichen Vorzeichen – in diesen Teams kaum die Frage nach der Erwerbsminderung, weil es das erklärte Ziel des beschäftigungsorientierten Fallmanagements ist, die Betroffenen in Arbeit zu vermitteln. Ohne eine gewisse Erfolgswahrscheinlichkeit einer Beschäftigungsaufnahme ist eine Übernahme aus der normalen Arbeitsvermittlung in das beschäftigungsorientierte Fallmanagement nicht vorgesehen.

Ein Verbleib in der regulären Arbeitsvermittlung bedeutet für Personen mit faktisch eingeschränkter gesundheitlicher Erwerbsfähigkeit nicht, dass

sie so vermittelt oder betreut werden wie alle anderen. Vielmehr werden sie wie alle Personen, die vom Jobcenter betreut werden, in „Profillagen“ eingeteilt. Personen mit gesundheitlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit (darunter auch Personen, die vom Jobcenter als nur eingeschränkt erwerbsfähig eingestuft werden, in Rentenverfahren jedoch als erwerbsfähig bewertet wurden) werden oftmals nicht weiter aktiviert. Die aktive Betreuung kommt zum Erliegen. Sie werden im Wesentlichen zur Erneuerung des Leistungsantrags (alle sechs Monate) einbestellt. Teilweise gibt es Aktivitäten, die der Fürsorge zuzurechnen sind (Einladen und Erkundigen nach den allgemeinen Lebensaktivitäten, Klären eines eventuellen Unterstützungsbedarfs). Dieses Vorgehen wird in dem anderen in die Untersuchung einbezogenen Jobcenter dieser Region, das nicht das beschäftigungsorientierte Fallmanagement umsetzt, – auch vor dem Hintergrund verfügbarer Ressourcen bzw. vordringlicher Aufgaben – betont:

„Es ist ein Stück weit so, man muss es einfach mal so sagen: Wir haben noch eine Vielzahl anderer Kunden, wo sich wirklich das Thema mehr in den Vordergrund drängt, zu sagen ‚Vermittlung‘. [...] Ja, da tu ich sicher nicht mich so vorrangig mit den Kunden [mit faktisch eingeschränkter Erwerbsfähigkeit] beschäftigen. Das ist jetzt kein böser Wille, das ist einfach die Frage der Effektivität der Arbeit“ (224JC, 101–103).

Mit einem gewissen Recht wird dort darauf verwiesen, dass die soziale Einbindung der betreffenden Personen schlechter wäre, wenn sie Erwerbsminderungsrente (oder Grundsicherung für Erwerbsgeminderte) beziehen würden, weil es dann keine Stelle gäbe, die von sich heraus soziale Dienstleistungen anbietet. Es bleibt aber offen, womit und wie intensiv die betreffenden Personen tatsächlich durch das Jobcenter unterstützt werden. In den Interviews mit den Mitarbeiter_innen des Jobcenters gab es einen resignativen Unterton, wenn es darum ging, was die Perspektiven jener Personen sind, die nach Auffassung der Jobcenter-Beschäftigten nur eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit haben, von der Rentenversicherung aber als erwerbsfähig eingestuft wurden.

Das Ziel der Vermittlungsfachkräfte im Jobcenter (wie auch der Führungskräfte) ist jedenfalls eindeutig – wie in den Arbeitsagenturen – die Integration in Beschäftigung. Mitunter wird ausgesprochen, dass ein Übergang in die Rente die Kennzahlen des Jobcenters verbessern würde, aber der Übergang in Rente sei kein eigenständiges Ziel. Trotz des klaren Bekenntnisses zur Überwindung des Arbeitslosengeld II-Bezuges durch Integration in Beschäftigung ist in den Jobcentern das Bewusstsein verbreitet, dass dies nicht mit allen Personen gelingt. Daraus folgt aber für die Interviewpartner_innen in den Jobcentern nicht, dass diese Personen in der Erwerbsminderungsrente

(oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung) besser aufgehoben wären, weil sich die Beschäftigungshemmnisse nicht auf gesundheitliche Aspekte reduzieren lassen (wie es der Bezug einer Erwerbsminderungsrente unterstellen würde).

Der Umgang mit den Leistungsbeziehenden mit starken gesundheitlichen Einschränkungen (wie auch der Umgang mit anderen Stellen, die mit der Feststellung der Erwerbsfähigkeit befasst sind), hängt auch im Jobcenter von den Arbeitsbedingungen ab. Charakteristisch für die Arbeitsbedingungen im Jobcenter ist eine hohe Fluktuation, welche einen kontinuierlichen Kompetenzaufbau und die Etablierung robuster Routinen behindert. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als die Schnittstellen schwieriger als in den Arbeitsagenturen sind: Sie sind weiter entrückt (gegenüber dem ÄD der BA) oder komplexer bzw. zahlreicher (neben der Rentenversicherung auch die Träger der kommunalen Sozialhilfe), als es in den Agenturen der Fall ist, ohne dass dies flächendeckend durch Expertenteams wettgemacht werden kann, wie es sie in den Agenturen mit den Reha/SB-Teams gibt, die in den Jobcentern nicht vorgesehen sind.

Trotz der Tatsache, dass Jobcenter zu einer eigenständigen Antragstellung berechtigt sind, haben wir keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass sie dies mehr oder weniger pauschal und ungeprüft tun würden. Eine „stellvertretende Antragstellung“ auf Erwerbsminderungsrente scheint dann vorzukommen, wenn Vermittlungsfachkräfte mit Leistungsbeziehenden zu tun haben, die kaum in der Lage sind, ein Gespräch zu führen und Verabredungen einzuhalten (z.B. die Verabredung, einen Rentenanspruch zu stellen). Der hohe Anteil von abgelehnten Anträgen auf Erwerbsminderungsrente (ca. 50 Prozent, siehe Kapitel 3, speziell Abschnitt 3.4) lässt sich anscheinend nicht oder nur sehr begrenzt damit erklären, dass Jobcenter dazu berechtigt sind, Anträge auf Erwerbsminderungsrente zu stellen, und sie mehr oder weniger „auf gut Glück“ versuchen, einen Teil ihrer Kund_innen in die Zuständigkeit der Rentenversicherung (oder des kommunalen Sozialamtes) abzuschieben.⁷¹

Unterschiede zwischen den Regionen?

Ähnlich wie bei den Arbeitsagenturen fallen zunächst die Gemeinsamkeiten der untersuchten Jobcenter auf, die durch die Gleichartigkeit der Aufgaben, Zuständigkeiten und Abgrenzungen gegenüber den anderen betrachteten

71 Anders verhält es sich mit Anträgen auf vorzeitige Altersrenten, die Jobcenter ebenfalls anstelle der leistungsberechtigten Personen stellen können. Folgt man der geltenden Weisungslage, geschieht dies flächendeckend und systematisch, siehe Brussig 2015.

Akteuren bedingt sind. In den untersuchten Jobcentern beider Regionen wird die Alltagsarbeit dadurch geprägt, dass unter den zu betreuenden Personen ein erheblicher Teil schwere Vermittlungshemmnisse, darunter auch gesundheitlicher Art, aufweist. In den Jobcentern beider Regionen ist die Zusammenarbeit mit dem ÄD mit mehr Problemen behaftet, als es bei den Arbeitsagenturen beobachtet wurde; sowohl was die Inanspruchnahme als auch die Auftragsformulierung wie auch die Aussagekraft der Gutachten des ÄD für die Vermittlungsarbeit betrifft. Ebenfalls in beiden Regionen werden die Träger der Sozialhilfe (Kommunale Sozialämter) von den Jobcentern sehr kritisch und vor allem als fiskalisch motiviert gesehen.

Innerhalb dieser Gemeinsamkeiten zeichnen sich *Strategieunterschiede* zwischen den Jobcentern beider Regionen ab. Im untersuchten Jobcenter in der Westregion wurde darauf verwiesen, dass trotz schlechter Werte in den JC-Rankings das Ermessen nach Möglichkeit kundenfreundlich ausgelegt werde. In diesem Jobcenter wurde auch darauf verwiesen, dass es gerade bei dem Personenkreis, der im Fokus dieser Untersuchung steht, eine implizite Fürsorgepflicht sieht, auch wenn die Konsequenzen daraus weder eindeutig sind noch übergreifend bei den interviewten Mitarbeiter_innen beobachtet werden konnten. Gesprächspartner_innen des Jobcenters in der Ostregion betonten die Integrationsbemühungen, etwa durch den Aufbau eines beschäftigungsorientierten Fallmanagements (bFM). Allerdings wurde konzediert, dass die Personen, die faktisch erwerbsgemindert sind, ohne dass dies von den ärztlichen Gutachter_innen anerkannt wurde, nicht die Zielgruppe des bFM seien, da die dort betreuten Personen mittelfristig eine begründete Aussicht haben sollen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

5.4 Vermutung einer Erwerbsminderung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

5.4.1 Organisationsprofil des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er dient dazu, den Krankenkassen Hilfestellung bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte zu geben. Dabei kann es um die Beurteilung der Bedarfe an Hilfsmitteln und von Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser) gehen, aber auch um die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Versicherten. Insbesondere bei

einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit kann eine Prüfung in Betracht kommen: Die Krankenkassen müssen im Krankheitsfall nach sechs Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber Krankengeld an die Versicherten zahlen (siehe Kapitel 4). Die Bezugsdauer für das Krankengeld beträgt 78 Wochen, also knapp 1,5 Jahre. Es ist daher im Interesse der Krankenkassen, die Berechtigung zum Bezug dieser Leistungen rechtzeitig zu überprüfen. Neben der Tatsache, dass die AU-Bescheinigung unberechtigt sein kann, besteht aber auch die Möglichkeit, dass aufgrund der starken gesundheitlichen Einschränkung mit einem langen Verlauf eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit gegeben ist. Da in diesem Fall die Rentenversicherung zuständig wäre (sowohl für die Durchführung einer Rehabilitation als auch für die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente), prüfen die Krankenkassen eine solche Sachlage häufig auch schon vor Ablauf der Krankengeldbezugsdauer.

Unter dem Dach des Spitzenverbandes des MDK haben sich sogenannte „Arbeitsgemeinschaften“ für die verschiedenen Bundesländer gebildet. Dies hat zur Folge, dass der MDK regional sehr unterschiedlich organisiert sein kann. Im vorliegenden Fall ist es so, dass der MDK der Untersuchungsregion West über sechs Bezirke verfügt. Diese sechs Bezirke haben „Begutachtungs- und Beratungs-Zentren“ (BBZ), die wiederum in insgesamt 34 „Begutachtungs- und Beratungs-Stellen“ (BBS) untergliedert sind. Der für die Untersuchungsregion Ost zugeordnete MDK hingegen unterhält „nur“ fünf Begutachtungs- und Beratungs-Zentren, die nicht weiter untergliedert sind. Versicherte der Ostregion müssen insofern u. U. einen weiteren Weg auf sich nehmen, wenn sie zur Begutachtung eingeladen werden, weil die Begutachtungsstellen weniger regional sind. Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass wir in der Westregion mit zwei verschiedenen Stellen gesprochen haben, da in der entsprechenden Raumordnungsregion zwei BBS tätig sind. In der Ostregion wurde nur ein BBZ interviewt. In allen Begutachtungszentren bzw. Begutachtungsstellen sind sozialmedizinisch fortgebildete Fachärzt_innen tätig, die von Servicekräften in ihren Verwaltungsaufgaben unterstützt werden. Auftraggeber sind die Kranken- und Pflegekassen, die hinterher auf Basis der Begutachtungsergebnisse sozialrechtliche Bescheide erlassen.

Vorrangiges Ziel des MDK ist die Auftrags Erfüllung gegenüber den Krankenkassen, insbesondere in Bezug auf § 275 SGB V, der konkret auch die Prüfung von Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf mögliche Beendigung durch Therapie oder durch Anzweifeln der AU vorsieht.⁷² Hauptziel der Krankenkassen

72 Weitere Aufgaben sind die Krankenhausbegutachtung und die Prüfung von Anordnungen zu Hilfsmitteln und Behandlungsmethoden.

ist dann das Einsparen von Krankengeld, allerdings lässt sich der Bezug von Krankengeld auf zweierlei Weise beenden: zum einen durch das Anzweifeln einer bestehenden AU, zum anderen durch Weiterleitung an einen therapeuleistenden Sozialversicherungsträger, was bei Personen im Erwerbsalter generell die Rentenversicherung ist, sofern es um Rehabilitation geht.⁷³ Hier kommt dann der § 51 SGB V zum Zug, der für Versicherte mit Einschränkungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden, eine Verweisung an die Rentenversicherung im Rahmen eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorsieht (siehe Kapitel 4). Den Gesprächspartner_innen zufolge ist es für die Krankenkassen weniger wichtig, auf welche Weise der Krankengeldbezug beendet wird.

Auch identifiziert sich der MDK stark mit dem Solidargedanken der Versicherungsgemeinschaft in der Krankenversicherung. Es ist wichtig, dass aus Krankengeld-Beziehenden möglichst schnell wieder Beitragszahlende werden und dass Arbeitsunfähigkeiten sobald wie möglich „abgeschlossen“ werden. Hierfür gibt es vom MDK der Westregion sogar eigens eingerichtete Service-Stellen, sogenannte „Kurzbegutachtungsstellen“. Dort werden Patienten schneller und in kürzerer Zeit begutachtet. Diese Zentren stehen auch den Arbeitgebern offen, wenn diese eine AU anzweifeln und nicht einen Termin für eine umfangreiche Untersuchung abwarten wollen. Diese Begutachtungsstellen haben das Ziel, die Berechtigung einer AU-Bescheinigung zu prüfen. Nach Aussage der Gesprächspartner_innen führt bereits die Einladung zu einer Kurzbegutachtung häufig zur Beendigung einer AU: ca. 50 Prozent der Versicherten erscheinen gar nicht zu Begutachtung, sondern gehen wieder arbeiten. Der MDK der Ostregion hat keine solchen Service-Stellen, sieht es aber auch als seine Aufgabe, die Chronifizierung von Erkrankungen zu verhindern. Dabei wird dann auch die Sicht der erkrankten Versicherten eingenommen:

„Und die wichtigste Sache wäre natürlich, die Leute frühzeitig wieder an die Arbeit zurückzubringen. Weil, sicherlich, eine AU-Schreibung ist eine Entlastung für denjenigen, aber in vielen Fällen führt das auch zur Chronifizierung. Also besonders dann, wenn diese Entlastung, diese AU-Schreibung die einzige Maßnahme ist“ (217 MDK, 120).

Neben dieser Auftrags Erfüllung gegenüber den Krankenkassen verfügen die MDK-Gutachter_innen aber auch über ein ausgeprägtes Selbstverständnis in der Hinsicht, dass sie als Ärzt_innen versuchen, ihre Begutachtungsaufgabe möglichst optimal im Sinne einer leidensgerechten Beurteilung zu bewältigen:

73 Akuterkrankungen und ambulante Versorgung bleiben Aufgabe der Krankenkassen.

„Ja, also [...] ich sehe nicht, dass die Krankenkassen Druck machen, ein Ergebnis zu erwirtschaften, das ist mehr der innere Antrieb der Gutachter, zu sagen, wir wollen es ordentlich machen, wir wollen es ordentlich entscheiden, wie es wirklich richtig ist“ (119 MDK, 107).

Es geht in gewisser Weise auch darum, die „Spreu vom Weizen zu trennen“ und sich ein möglichst umfassendes Bild von der jeweiligen Situation zu machen (119 MDK). Dazu zählen das Einholen von Informationen über den konkreten Arbeitsplatz des Versicherten im Rahmen der Beiziehung von Unterlagen und ausführliche Gespräche mit demselben darüber. Der MDK hat in seiner Begutachtung auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit abzustellen. Daher wird es als besonders wichtig angesehen, dass die Begutachtung persönlich durchgeführt wird, da bestimmte Informationen nur im persönlichen Gespräch erhoben werden können. Darüber hinaus gibt es Vorgaben aus der Rechtsprechung, denen zufolge eine durch persönliche Untersuchung ausgesprochene Arbeitsunfähigkeit auch einer persönlichen Untersuchung zur Beendigung derselben bedarf.

Hinsichtlich der Gutachten gibt es in beiden Regionen keine konkreten Weisungen an oder Vorgaben für die Gutachter_innen. In der Westregion gab es wohl Versuche, die Gutachtertätigkeit zumindest in Bezug auf Kennzahlen und Bearbeitungsdauern zu beeinflussen, was sich aber nicht in einer konkreten Umsetzung niedergeschlagen hat. In beiden Regionen scheint es so etwas wie Zeitschemen für Gutachten zu geben, also etwa in der Hinsicht, dass ein psychiatrisches Gutachten länger dauert als ein orthopädisches, oder wie viele Gutachten eine BBS mit einer gewissen Anzahl von Ärzt_innen in einer gewissen Zeit überhaupt erstellen kann. Darüber hinaus lässt sich aus der Terminplanung ein gewisses Verständnis in Bezug auf Begutachtungsdauern ablesen: in der Westregion werden 1,5 Stunden, in der Ostregion wird eine Stunde pro Patient eingeplant. Konkrete Vorgaben lassen sich nach Aussage der Befragten daraus aber nicht ableiten. Interessant ist, dass die Begutachtungsrichtlinie des Spitzenverbandes des Medizinischen Dienstes (MDS) durchaus Bearbeitungsdauern festlegt, sodass hier der Versuch einer Steuerung erkennbar wird, dieser aber in den regionalen MDK offensichtlich keine Bedeutung hat.⁷⁴

74 „Die Erstellung des Gutachtens sollte innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der SFB [sozialmedizinischen Fallberatung] erfolgen. Begutachtungsaufträge im Zusammenhang mit Rückfragen der Krankenkasse bzw. Widersprüchen/Zweitgutachten sollten innerhalb von 5 Arbeitstagen bearbeitet werden. Begründet die Bearbeitung eine längere Zeit, ist die Krankenkasse über den Bearbeitungsstand zu informieren“ (MDS Stand 2011, S.55).

In der Westregion unterscheidet sich die Zuteilung der Untersuchungsaufträge an die Ärzt_innen zwischen den beiden BBS: In einer BBS werden die Aufträge generell nach dem Wohnortprinzip unter den Ärzt_innen aufgeteilt (und nur in seltenen Fällen nach sozialmedizinischer Kompetenz z. B. in Bezug auf die Themen „Arbeitsunfähigkeit“, „Hilfsmittel“ o. ä.). Obwohl nur fünf Ärzt_innen in der Einrichtung arbeiten, ist man zuversichtlich, dass man die meisten Diagnosen abdecken kann. Viele Dinge seien doch allgemeinmedizinisch zu erfassen und die Zusatzqualifikation in Sozialmedizin sei stellenweise relevanter als die konkrete fachliche Ausbildung. Sollte ein Fall dann doch mal komplizierter sein, würden die Fälle an bekannte Fachärzt_innen (teilweise wohl auch aus anderen BBS) weitergeleitet. In der anderen BBS wird nach ärztlicher Fachrichtung ausgewählt. Auch wenn Letzteres aus organisatorischen Gründen nicht immer gelingt, so ist das Bemühen, dass insbesondere in Fällen, die „sozialrechtlich knifflig“ sein könnten (118 MDK), ein Facharzt zumindest hinzugezogen wird, um das Gutachten gerichtsfest zu machen. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen gibt es regelmäßig Probleme, ausreichend eigene Fachgutachter_innen zur Verfügung zu haben. In der Westregion werden die Begutachtungsaufträge nach Fachrichtung der Ärzt_innen aufgeteilt, was so weit geht, dass die Ärzt_innen fachfremde Aufträge sogar zurückweisen können.

Im Prinzip gibt es keine Möglichkeit, die personellen Kapazitäten im MDK zu steuern (s. o.), die nicht eine Veränderung des Volumens der Arbeitsgemeinschaften voraussetzen würde. Die im Verwaltungsrat des MDK beschlossene Personalausstattung sind Grundlage für die Personalausstattung. Sobald es einen erhöhten Bedarf gibt (z. B. Pflegegesetzgebung), kommt es entsprechend zu einem „Stau“ in der Begutachtung. Die Krankenkassen (die im Übrigen auch im Verwaltungsrat sitzen) haben insofern einen Anreiz, den MDK nicht übermäßig zu strapazieren, weil sich dann die Verfahren in die Länge ziehen.

Es gibt hinsichtlich der Ergebnisse keinen Automatismus im Verfahren in der Art, dass das Gutachten des MDK zwingend bindend für die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse wäre. Der MDK sieht sich in der Rolle eines Empfehlungsgebers. In der Regel folgen die Krankenkassen aber den Empfehlungen, zumindest wenn es um Reha und Rentenantragsfiktion oder die Beendigung einer Arbeitsunfähigkeit geht. In Einzelfällen gibt der MDK wohl auch Empfehlungen zu Therapien. Die Krankenkassen treffen dann eine leistungsrechtliche Entscheidung, deren Erfolg in der Umsetzung aber auch von der Qualität der sozialmedizinischen Gutachten abhängt:

„Die Krankenkasse teilt dem Rentenversicherungsträger mit, hier ist die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder vielleicht sogar schon gemindert und wir wollen eine Verschlimmerung vermeiden. Da ist Rehabilitationsbedarf gesehen. [...] Und dann prüft der Rentenversicherungsträger es auf Basis unseres Gutachtens. Das ist auch ein Punkt, warum wir das nach körperlicher Untersuchung machen, weil die Aussagekraft natürlich entsprechend größer ist als nach Aktenlage“ (118 MDK, 46).

5.4.2 Entscheidungsprozess

Einer Begutachtung im MDK ist immer eine sozialmedizinische Fallberatung vorgeschaltet. Dies ist in der Begutachtungsrichtlinie so vorgesehen, und die Gesprächspartner_innen haben das für die Praxis so bestätigt. Dabei geht es insbesondere um das Einholen von Informationen über den jeweiligen Fall (z.B. in Form von Befunden oder Arbeitsplatzbeschreibungen). Kann im Rahmen dieser Beratung die Berechtigung der AU nicht geklärt werden, formulieren Krankenkasse und MDK eine gemeinsame Fragestellung für die weitere Begutachtung im MDK. Die Fälle, welche der MDK begutachtet, haben demnach einen recht langen Vorlauf und sind deshalb auch gut vorbereitet. Nach Aussage der Gesprächspartner ist es üblich, dass Fälle zwei- bis dreimal beim MDK vorgelegt werden, bevor sie in die Begutachtung übergehen, weil zunächst noch die Unterlagen geprüft und ggf. weitere Unterlagen beigezogen werden. Dies hat zwar zur Folge, dass es länger dauert, bis Termine vergeben werden können, aber die Gutachter_innen halten diese Vorbereitung einstimmig für sehr wichtig. Dies insbesondere auch deshalb, weil der MDK über wenig diagnostisches Gerät verfügt.⁷⁵ Insofern sind Befundberichte von Fachärzt_innen von großer Bedeutung. Darüber hinaus ist die Krankenkasse in der Pflicht, eine Arbeitsplatzbeschreibung mitzugeben, aus der die tatsächlichen Belastungen am Arbeitsplatz hervorgehen. Die Qualität dieser Arbeitsplatzbeschreibungen variiert jedoch sehr. Wenn trotzdem unklar ist, ob eine Arbeitsunfähigkeit besteht und mit welcher Prognose, werden diese Personen eingeladen. Im Idealfall geben die Krankenkassen hier auch schon einen Hinweis darauf, ob die Erwerbsfähigkeit gefährdet sein könnte, sodass in der Begutachtung ein Augenmerk darauf gelegt werden kann.

75 Ausnahme ist eine erweiterte Leistungsdiagnostik in zwei BBZ der Westregion, wohin Patient_innen mit Herz- und Rückenleiden überwiesen werden können.

Aufgrund der oben beschriebenen Interessenlage ist es so, dass Bezieher_innen von Krankengeldleistungen regelmäßig schon weit vor Ablauf der Krankengeldbezugsdauer aufgefordert werden, einen Reha-Antrag an die Rentenversicherung zu stellen. Wobei dieser Antrag zunächst eben noch keinen Antrag auf EM-Rente darstellt, sondern nur einen Antrag auf Rehabilitation aufgrund einer potenziell gefährdeten Erwerbsfähigkeit. Dieser Antrag könnte dann aber eine sogenannte Rentenantragsfiktion auslösen, d.h. bei sehr geringen Erfolgsaussichten einer geplanten oder bei einer erfolglos durchgeführten Rehabilitation kann dieser Antrag von der Rentenversicherung in einen Rentenanspruch umgedeutet werden (§ 116 SGB VI). Diese Konstruktion ist von hoher Bedeutung, da es sich bei dem Klientel, welches zur Untersuchung eingeladen wird, in den meisten Fällen eher um schwer erkrankte Versicherte handelt, als um solche, deren Arbeitsunfähigkeit sich leicht aufheben ließe. Ein Gesprächspartner schätzte den Umfang von Versicherten mit fraglicher Arbeitsunfähigkeit, also mit einer möglicherweise unberechtigten AU-Bescheinigung, auf ca. 15 Prozent. Die Allermeisten seien so krank, dass häufig auch ein Rehabilitationsbedarf gegeben sei. Insofern ist die Feststellung einer potenziellen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ein Schlüsselmoment für die Entstehung eines Rentenanspruchs aus dem Bereich der Krankenversicherung heraus. Der MDK kann hier auf zwei Arten ins Spiel kommen: Zum Teil weisen die Krankenkassen schon bei der Auftragserteilung darauf hin, dass sie in einem bestimmten Fall auch die Prüfung der Erwerbsfähigkeit wünschen. Aber auch in den Fällen, wo eine Prüfung der Erwerbsfähigkeit nicht explizit gewünscht wurde, sind die Ärzt_innen verpflichtet, die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu prüfen, wenn ihnen dies geboten erscheint.

5.4.3 Entscheidungsverhalten

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat eine Begutachtungsrichtlinie zur Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit entwickelt (s. o.). Diese lässt einen breiten Korridor zur Bearbeitung verschiedener Fragestellungen zu. Sie richtet sich im Kern jedoch an die Zusammenarbeit von Krankenkassen und MDK, z.B. von der SFB (sozialmedizinischen Fallberatung) hin zu einem vollumfänglichen Gutachten mit Ergebnisübermittlung und eventuell anschließendem Widerspruchsverfahren. In der Westregion hat man diese Vorgaben noch konkretisiert in Bezug auf bestimmte Unterlagen, die für verschiedene Diagnosen relevant sein könnten

und deshalb von der Krankenkasse beigezogen werden sollten. Das Gutachten selbst und seine verschiedenen Formate werden in der Begutachtungsrichtlinie nur knapp thematisiert. Hier wird insbesondere darauf verwiesen, dass die Gutachter_innen in ihrer Entscheidung frei seien. Allerdings haben die Gesprächspartner_innen betont, dass die Anforderungen an die Gutachten des MDK in der Praxis so hoch sind, dass, insbesondere in der Westregion, sehr häufig die vollumfängliche persönliche Untersuchung gewählt wird.⁷⁶ Das liegt zum einen daran, dass die Gutachten im weiteren Verfahren möglichst wenig Angriffsfläche bieten sollen bzw. dass die Krankenkassen einer guten Argumentationshilfe gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern bedürfen (s. o.). Zum anderen wird aber auch argumentiert, dass man den Versicherten eine umfängliche Begutachtung gewissermaßen schuldig sei, da die sozialrechtlichen Konsequenzen von großer Tragweite seien:

„Die Meinung ist nicht maßgeblich, sondern, sagen wir mal die Anamnese und die klinischen Befunde, die wir selber erheben. Weil eben das eine starke Bedeutung für den Betroffenen hat und wir sind ja unserem ärztlichen Wissen und Gewissen verpflichtet nach ‚Zweihundertfünfundsiebzig‘. Es ist eine Einzelfallbegutachtung und das muss dann schon Hand und Fuß haben, wenn wir so eine schwerwiegende Empfehlung der Krankenkasse gegenüber/Auch das Nichtweiterzahlen von Krankengeld hat ja schon erhebliche Folgen für den Betroffenen“ (118 MDK, 29).

Teilweise werden auch Gutachten von anderen Stellen durch ein weiteres Gutachten des MDK geprüft (z. B. Reha-Entlassberichte), weil das Vertrauen der Krankenkassen in die Qualität der MDK-Gutachten höher ist. All dies ist möglich vor dem Hintergrund, dass der MDK zumindest keinen direkten Vorgaben hinsichtlich der Laufzeit von Begutachtungsverfahren unterliegt.⁷⁷

Beim MDK der untersuchten Ostregion gibt es Ausnahmen von der grundsätzlichen Orientierung hin auf eine persönliche Begutachtung: Dort werden Widerspruchsgutachten grundsätzlich im Format der Aktenlage bearbeitet. Darüber hinaus scheint es dort auch so etwas wie eine kapazitätsorientierte Steuerung zu geben. Gutachten nach § 51 SGB V werden nach Aktenlage gemacht, weil das Auftragsvolumen sonst gesprengt würde:

⁷⁶ Manche Diagnosen legen eine persönliche Untersuchung auch nahe: z. B. seien psychische Erkrankungen auf dem Papier schwer nachzuvollziehen. Gleichzeitig seien diese Patient_innen meist nicht immobil, sodass man sie gut einladen könne.

⁷⁷ In der Praxis ist es natürlich schon so, dass die Begutachtungsdauer möglichst noch während des Krankengeldbezugs beendet werden sollte, aber das scheint kein Problem darzustellen.

„Oder bei diesem § 51 haben wir uns im Moment so geeinigt, dass wir sagen: Die Sachen, die jetzt hier bei uns ankommen, werden als Formulgutachten gemacht. Aber wir sitzen auch bei den Krankenkassen ja regelmäßig, und dort wird es also auch als handschriftliche Sofortstellungnahme gemacht. (...) Weil, das hängt jetzt wieder mit den Kapazitäten zusammen, also wir haben ungefähr 90.000 Aufträge im Jahr zur Arbeitsunfähigkeit. Und wenn man das hochrechnet, hätten wir eine fünfstellige Anzahl von § 51-Gutachten. Das muss man sich dann schon überlegen, ob man jetzt jedes Mal das mitbringt und ein Formulgutachten zu schreiben mit demselben Inhalt dann. Also wir wollen/haben natürlich Vorgaben, also was die Mindestanforderungen sind z. B. am § 51, aber die kann man auch handschriftlich erbringen. Da haben wir, da gibt es bestimmte Kassen, mit denen haben wir vereinbart, so ein Formular, wo diese Punkte drauf stehen, was wir dann dort bei den Kassen ausfüllen“ (217 MDK, 87).

Wenn persönlich begutachtet wird, nehmen sich die befragten Ärzt_innen in beiden MDK für die Untersuchung aus ihrer Sicht viel Zeit (1,5 Stunden in der Westregion, 1 Stunde in der Ostregion). Begründet wird dies damit, dass es für den Untersuchungserfolg wichtig sei, ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen. Der Besuch bei einem fremden Arzt oder einer fremden Ärztin vor dem Hintergrund einer langwierigen Krankengeschichte mit möglichen institutionellen Hindernissen ist für viele Patient_innen schwierig. Manche Gutachter_innen versuchen den Patient_innen die Untersuchungssituation auch als Vorteil zu verkaufen: nämlich dass sich jetzt jemand mal richtig Zeit für sie nimmt, meistens sogar mehr Zeit, als der Arzt oder die Ärztin zur Verfügung hatte, der die AU ausgestellt hat. Die ausführliche Untersuchung soll auch eine Berücksichtigung der individuellen Umstände ermöglichen, da diese oft ein entscheidender Faktor dafür seien, ob jemand arbeiten könne oder nicht:

„Wenn jemand aber, hat Rückenschmerzen, hat ein bisschen etwas, wir wissen, andere gehen damit arbeiten, dann hat er noch einen Bandscheibenvorfall im MRT, da wissen wir nicht, ist es jetzt alt oder frisch und dann ist man praktisch auf Messers Schneide als Gutachter. Und sagt sich, es könnte sein, dass er seine Arbeit gut machen kann, es könnte auch sein, dass er die nicht machen kann. Da guckt man natürlich nach der Selbsteinschätzung des Patienten. Man guckt natürlich, was denkt der, ja, dann fragt man den: ‚Wie lange haben Sie es denn schon? Haben Sie sich denn arbeitsmäßig schon darauf eingestellt?‘ Und dann kommt raus, ja, der Arbeitgeber hat schon/seit fünf Jahren nimmt der Rücksicht darauf. Ja, dann ändert sich plötzlich/die Arbeitsplatzumstände ändern sich auch noch. Also, die Selbsteinschätzung im Sinne von Beschwerdedarstellung, im Sinne von Beschwerden, im Sinne von Gestik, Mimik, das muss man alles mitberücksichtigen“ (119 MDK, 278).

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit sehen die Gutachter_innen einen Spielraum, der durchaus zu komplett gegensätzlichen Ergebnissen in der Begutachtung führen könne. Auch dies ist ein Grund für die Einholung möglichst vieler Informationen über den jeweiligen Fall.

Für die Beurteilung einer Erwerbsminderung ist die bisherige Tätigkeit von zentraler Bedeutung. Zum einen bezieht sich die Arbeitsunfähigkeit im Krankenversicherungsrecht auf eine konkrete aktuelle oder zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Zum anderen ergeben sich daraus auch andere, nämlich eher qualitativ orientierte Kriterien zur Bewertung einer Erwerbsminderung. Das heißt, bei der Prüfung der Erwerbsminderung legt der MDK die „prägenden Merkmale“ der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zugrunde und erweitert diese Perspektive um eine zeitliche (auf Zeit oder auf Dauer arbeitsunfähig). Sobald sich die Perspektive zu „auf Dauer“ verändert, gilt die Erwerbsfähigkeit als gefährdet, auch wenn klar ist, dass die Rentenversicherung in ihrer darauffolgenden Begutachtung andere Maßstäbe an die Erwerbsfähigkeit anlegen wird, nämlich die abstrakte Betrachtung des allgemeinen Arbeitsmarkts.⁷⁸ Ein Hinweis für eine schlechte Prognose ist auch die Häufigkeit von Erkrankungen: bei immer wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeiten sehen die Krankenkassen und auch der MDK die Erwerbsfähigkeit als gefährdet an. Auch dann wird versucht, eine Leistung zur Teilhabe bei der Rentenversicherung zu beantragen, ohne dass die Akuterkrankung selbst so eine schlechte Prognose haben muss. Auch aus diesem Grund sind die Informationen zum Arbeitsplatz und zum Arbeitsverhältnis von entscheidender Bedeutung für den MDK. Wenn diese Informationen unklar oder nicht stimmig sind, ist es Sache der Krankenkasse den Sachverhalt aufzuklären. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ist in diesem Punkt von ganz unterschiedlicher Qualität, wobei hier auch Interessen der Krankenkasse eine Rolle zu spielen scheinen. Nach Aussage der Gutachter_innen leidet die Qualität der Gutachten erheblich darunter:

„Also, es gibt einige Krankenkassen, die haben dieses Management, die Arbeitsunfähigen zu führen. Die haben das sehr ausgefeilt, die haben Versicherungsgespräche, da gibt es ein Dokument schon in der Akte, was sie mit denen besprochen haben. Wann welche Untersuchungen gemacht worden sind, [...] die eine differenzierte Arbeitsplatzbeschreibung drin haben in ihrer Akte. [...] Aber wir haben manchmal den Eindruck, dass einige kleine Krankenkassen, dass das für die so ein Thema ist, was sie gar nicht selbst bearbeiten wollen, wo

78 Für Reha-Leistungen wird aber an die Anforderungen des Arbeitsplatzes angeknüpft, sofern noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist.

sie lieber Krankengeld bezahlen. Weil das für die wahrscheinlich unangenehm ist oder so. Das weiß ich nicht. Wo man dann an den Akten merkt, wenn dann mal ein Fall kommt, der läuft schon ein ganzes Jahr und es ist nichts gemacht, kein Versichertengespräch, nichts gelaufen. Jetzt legen die uns das vor, keine Arbeitsplatzbeschreibung drin“ (119 MDK, 299).

Sofern es um die Gewährung einer Reha geht, ist der Unterschied hinsichtlich der in der Begutachtung zugrunde gelegten Bezugstätigkeit zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung noch nicht dramatisch, aber bei der Frage nach einer Umdeutung in Erwerbsminderungsrente dann schon, weil die Krankenkasse die Erwerbsfähigkeit häufiger als eingeschränkt ansehen wird als die Rentenversicherung.

Bei der Entscheidungsfindung der Gutachter_innen spielen auch externe Faktoren eine Rolle. Auf der einen Seite werden durchaus Alter, Arbeitsmarktlage und institutionelle Rahmenbedingungen, wie z. B. die Leistungsvoraussetzungen anderer Sozialversicherungsträger, berücksichtigt. So sagte mindestens einer der Gutachter_innen, dass bei älteren Patient_innen die Bereitschaft der Rentenversicherung zur Gewährung von Reha-Leistungen eher gering sei und dass bei einer schlechten Arbeitsmarktlage ein entsprechender Arbeitsplatz sich auch oft nur schwer finden lasse. Entsprechend werde dann zwar formell die Empfehlung zur Beantragung von Reha-Leistungen ausgesprochen, ergänzt um die Empfehlung, den Reha-Antrag in einen Rentenantrag umzudeuten. Ein anderes Beispiel für den Einfluss externer Faktoren ist die Arbeitssituation der Vertragsärzt_innen: diese unterliegen einem Kostendruck und wollen Patient_innen nicht verprellen. Aus der Sicht der MDK-Gutachter_innen nutzen manche Vertragsärzt_innen die Möglichkeit, eine Arbeitsunfähigkeit vom MDK beenden zu lassen, um sich nicht unbeliebt zu machen:

„Da kommt man sich immer vor, so ein bisschen wie so ein Katalysator in der Chemie. Und dann spricht man mit dem Kollegen, was sollen wir denn jetzt machen? Dann weiß man, für die Krankenkasse ist es eigentlich egal, der hat schon 14 Monate Krankengeld bekommen, der steuert in vier Monaten aus, jetzt geht es nur noch um den Patienten, wie der da mit möglichst wenig Schaden rauskommt. Und dann kann man durchaus mit den Kollegen sprechen und sagen: ‚Wie soll ich es denn jetzt machen? Soll ich Ihnen den abschließen?‘“ (119 MDK, 282)

Manche Gutachter_innen überführen aber auch solche Situationen in einen § 51-Fall, wenn sie davon ausgehen, dass es mit diesem Patienten „nichts mehr wird“ (119 MDK). Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Erwartungshaltung, dass sie durch das Gutachten des MDK handlungsfähig wer-

den: Bei lang andauerndem Krankengeldbezug wird von den Gutachter_innen erwartet, dass sie einen Fall entweder in Richtung des § 51 SGB V begutachten oder dass sie anderenfalls die AU aufheben. Den weiteren Fallverlauf können die Gutachter_innen nicht nachverfolgen, was von den Gesprächspartner_innen allgemein als Nachteil bewertet wird. Es wird vermutet, dass sich die Krankenkassen dem Urteil der Gutachten nicht immer anschließen. Zum Teil resultieren daraus wohl Fälle mit „Schwebezustand“, die nach Jahren wieder im Krankengeldbezug auftauchen. Mindestens eine Gutachter_in wies dabei auch den Krankenversicherungen die Verantwortung zu, sich mit den Arbeitgebern und Arbeitnehmern besser über die Anforderungen am Arbeitsplatz abzustimmen.

Kontroversen im Verfahren gibt es insbesondere mit den Versicherten, wenn diese die Einschätzungen des Gutachtens nicht teilen. Die meisten Gutachter_innen sprechen mit den Versicherten hinterher zumindest über den medizinischen Teil ihrer Einschätzung sowie darüber, was die Versicherten noch machen können. Manchmal gibt es Konflikte hinsichtlich der Einschätzung des Einflusses der Arbeitstätigkeit auf die Gesundheit, was sich verstärkt, wenn gleichzeitig eine Orientierung auf Rente und Aussteuerung vom Arbeitsmarkt gegeben ist:

„Also eigentlich, in diesem Sinne, die Leute, die schreiben ja die ganzen Verfahren selbst. Das ist also jetzt nicht so, als dass die Leute ausgesteuert werden, nach meinem Dafürhalten steuern die alle die Sachen selbst, und zwar erheblich. Ja, das fängt an, wenn sie zum Arzt gehen, sich krankschreiben lassen. Es gibt Ärzte, die schreiben viel krank, es gibt Ärzte, die kommen hier gar nicht vor. Wie kann das sein? Das kann nur so sein, dass die von den Leuten so angegangen werden und einige sagen ‚Mache ich nicht‘ und die anderen sagen ‚Ja, da können Sie nicht mehr, wir schreiben das mal auf, wir sind Anwalt der Patienten.‘ Sonst würde es ja schon diese Diskrepanzen nicht geben, zwischen verschiedenen Ärzten. Die Leute steuern das selbst, die wissen das alles. In der Regel sind die top informiert“ (119 MDK, 173).

Manche Gutachter_innen sehen sich in der Rolle, die Patient_innen dann auch aufzuklären über mögliche gesundheitsförderliche Aspekte von Erwerbsarbeit.

Kontroversen mit anderen Akteuren gibt es hauptsächlich mit den Vertragsärzten, welche die Patient_innen (aus Sicht der Gutachter_innen) unbeschäftigt arbeitsunfähig schreiben. Die Problemlage wurde oben bereits beschrieben. Manche Gutachter_innen suchen zur Lösung des Konflikts dann das direkte Gespräch mit diesen Ärzt_innen, andere halten gerade ein persönliches Gespräch für zu konfliktbeladen und vertrauen lieber auf den Schrift-

verkehr, der dann eben meistens über Gutachten und ggf. Widersprüche läuft. Wenn es zu einem Gerichtsverfahren vor einem Sozialgericht kommt, dann ist der MDK nicht beteiligt (abgesehen von der Öffnung der vollen ausführlichen Gutachten für die Krankenkasse).

Mit anderen Sozialversicherungsträgern gibt es schon deshalb kaum Kontroversen, weil das Rechtsverhältnis eher zwischen Krankenkasse und z. B. BA oder Rentenversicherung besteht und nicht zum MDK. Allerdings gibt es z. B. in der ostdeutschen Region Workshops zur „trägerübergreifenden Sozialmedizin“, an denen BA, Versorgungsamt, Rentenversicherung und MDK teilnehmen und wo man sich z. B. über Fälle mit psychischen Erkrankungen oder Fallkonstellationen nach § 51 SGB V austauscht.⁷⁹ In der untersuchten Westregion gibt es mit der Rentenversicherung eine Vereinbarung darüber, dass die kompletten Gutachten ausgetauscht werden. Auch dies spricht wieder für die Qualität der MDK-Gutachten. Sowohl Krankenkasse als auch BA erhalten vom MDK nur Teile des Gutachtens (ohne Anamnese und Befund).

5.4.4 Entwicklungstrends und Probleme

Was die Verfahren zwischen Krankenkasse und MDK angeht, gibt es von den Gesprächspartner_innen den Wunsch, dass von den Krankenkassen frühzeitiger im Krankheitsverlauf interveniert würde. Unklar bleibt, was genau damit gemeint ist und woher diese Perspektive kommt: Es wurde mehrfach erwähnt, dass es ein Problem der Chronifizierung von Erkrankungen gibt. Darüber hinaus gebe es sekundäre „Krankheitsgewinne“ bzw. eine abnehmende Nähe zum Arbeitsmarkt im Zeitverlauf einer Erkrankung. Beide Punkte können aber auch mit einem Selektionsproblem zu tun haben, also damit, dass der MDK erst in das Verfahren eintritt, wenn die Erkrankung soweit fortgeschritten ist, dass obige Effekte zum Tragen kommen. Es ist also fraglich, ob die Krankenkassen an dieser Stellschraube wirklich drehen können.

Darüber hinaus wird eine Zunahme psychischer Erkrankungen festgestellt, wobei diese auch kritisch hinterfragt wird (bessere Diagnose-Instrumente, Tabubruch usw.). Gleichzeitig scheint es aber auch Fälle psychischer Erkrankungen zu geben, die einen Bezug zu den Veränderungen in der Arbeitswelt haben. Die hohe Arbeitsverdichtung und die vielen Veränderungen würden Druck auf Betroffene erzeugen, der sich teilweise dann auch in soma-

⁷⁹ So z. B. im Sozialmedizinischen Zirkel (siehe Fußnote 23).

toformen Erkrankungen niederschlägt, obwohl etwas Psychisches dahintersteckt. Die schlechte psychotherapeutische Versorgungslage führe darüber hinaus zu einer mangelnden Kapazität, diese Probleme therapeutisch aufzufangen, obwohl dies theoretisch gut ambulant zu behandeln wäre.

Hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden zwei Veränderungen hervorgehoben: die Möglichkeit, dass Sozialhilfeempfänger_innen (Westregion) oder Arbeitslosengeld-II-Empfänger_innen (Ostregion) vom MDK begutachtet werden, sowie die Einführung der Zeitrenten. Zum ersten Punkt wurde angeführt, dass es diese Änderung zwar gegeben habe, dass aber nur wenige Fälle beim MDK auftauchten. Woran das liegen könnte, war den Befragten nicht klar. Hinsichtlich der Zeitrente wurde hervorgehoben, dass, im Gegensatz zur unbefristeten Rente, die Krankenkassen die ersten sechs Monate dieser Rente zahlen müssten. Dies erhöht den finanziellen Druck auf die Krankenkassen und könnte zu einem verstärkten Einsatz von Gutachten zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit führen.

5.5 Zusammenfassung: Das regionale Entscheidungsfeld und die Interaktion der Akteure

Nachdem nun die zentralen Akteure der verschiedenen Sozialversicherungsorganisationen vorgestellt und hinsichtlich ihres Umganges mit potenziellen Erwerbsminderungsfällen beschrieben worden sind, steht im Folgenden das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure und das daraus entstehende *Entscheidungsfeld* im Mittelpunkt (siehe [Abschnitt 2.3.3](#)). Dabei wird zunächst im Rahmen eines Ablaufschemas versucht, den Prozess eines Zuganges in Erwerbsminderungsrente allgemein nachzuzeichnen. Die als Gatekeeping strukturierten Zugangsentscheidungen lassen sich drei Entscheidungsbereichen zuordnen: Initiatoren, Gestalter und Letztentscheider. Hierbei werden auch die Übergänge von einem Akteur zum nächsten analysiert und inwieweit dieser Übergang für das Erwerbsminderungsrentengeschehen strukturierende Wirkung entfaltet.

Das Entscheidungsfeld der Zugangssteuerung zeichnet sich durch verschiedene Stufen der sozialen Sicherung aus, welche Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen am Arbeitsmarkt durchlaufen (siehe [Kapitel 2](#) und [Kapitel 4](#)). Diese Stufen, so das Argument, sind zentral für den weiteren Verlauf, weil bereits hier die Möglichkeit besteht, ein EM-Rentenverfahren zu initiieren und Versicherte an die Rentenversicherung zu verweisen. Gleichzeitig erfüllen diese Stufen im Rahmen der verschiedenen sozialen Si-

cherungssysteme aber auch so etwas wie eine Puffer-Funktion: wie der internationale Vergleich zeigt (siehe Kapitel 3), hat die Arbeitslosenversicherung in Deutschland für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine viel bedeutendere Sicherungsfunktion als in anderen Ländern. Aus diesem Grund ist es wichtig, das ganze Feld der Zugangssteuerung zu berücksichtigen und die verschiedenen Akteure aus den unterschiedlichen Sicherungssystemen im Verhältnis zueinander zu analysieren (siehe Abschnitt 2.3.3).

Im Folgenden werden diese Schritte für die verschiedenen Sozialversicherungszweige in der zeitlichen Reihenfolge eines möglichen Durchlaufens nachgezeichnet. Die Darstellung beginnt demzufolge mit der Krankenversicherung, die eintritt, wenn Arbeitnehmer_innen über die Lohnfortzahlung hinaus erkrankt sind. Dann folgt eine Analyse der öffentlichen Arbeitsvermittlung (Arbeitsagenturen und Jobcenter), weil diese gerade im problematischen Fall des Arbeitsplatzverlustes eintreten. Schließlich wird die Rolle der Rentenversicherung für das Zugangsgeschehen, auch hinsichtlich ihrer Schnittstellen zu den beiden anderen Organisationen hin, analysiert. Aus dieser Analyse der Entscheidungsbereiche ergibt sich ein Bild zum „Entscheidungsfeld“, welches Schnittstellen zwischen den Akteuren, deren Wechselwirkungen und mögliche regionale Handlungsspielräume umfasst. Zentrale Kriterien für die vergleichende Analyse der Entscheidungsbereiche sind die Rahmenbedingungen und Organisation der Begutachtung in den einzelnen Entscheidungsbereichen, die Kriterien der Begutachtung selbst (insbesondere hinsichtlich des Arbeitsmarktbezugs) in den einzelnen Entscheidungsbereichen sowie die daraus folgenden Zugangsmuster.

Entscheidungsbereich I: Die Krankenkassen als Initiatoren für den Übergang in eine Erwerbsminderungsrente

Die Krankenkassen sind als erstes mit gesundheitlichen Problemen von Arbeitnehmer_innen konfrontiert, weil sie im Anschluss an die Lohnfortzahlung zunächst das Krankengeld zahlen. Spätestens mit Auslaufen des Krankengeldes nach 18 Monaten, aber meistens schon vorher, stellt sich die Frage nach einer potenziellen Erwerbsminderung. Sowohl die Gesprächspartner_innen vom MDK, aber auch die Interviewten in der Deutschen Rentenversicherung bestätigen, dass die Krankenkassen sich mittlerweile weit vor Auslaufen des Krankengeldbezuges Gedanken um einen möglichen Übergang in das Rentensystem machen und dazu regelmäßig den MDK auffordern, eine potenzielle Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu prüfen. Dies hat vor allen Dingen zwei Gründe: Zum einen können die Krankenkassen ihre Versicherten auffordern, einen Antrag auf Rehabilitation durch die Rentenversiche-

rung zu stellen, wenn eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Während der Rehabilitation zahlt die Rentenversicherung den Versicherten ein Übergangsgeld, sodass sich die Dauer des Krankengeldbezuges insgesamt verkürzt. Gleichzeitig steigen die Chancen auf eine frühere Rückkehr in Arbeit und damit zu einem Wechsel zurück in den Kreis der Beitragszahlenden. Zum anderen wird den Krankenkassen bei einer befristeten Erwerbsminderungsrente, die erst ab dem siebten Monat gezahlt wird, der Krankengeldbezug nicht erstattet. Wenn also vor Auslaufen des Krankengeldes ein Übergang in Rente stattfindet, reduziert sich die Summe des ansonsten zu zahlenden Krankengeldes um die Höhe des Unterschiedes zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungsrente, der in den meisten Fällen nicht unbeachtlich sein dürfte.

Während das Aufforderungsverhalten zwischen den Krankenkassen sich nach Aussage des MDK stark unterscheidet, so ist die Begutachtung, welche einen Schlüssel im Zugangsgeschehen darstellt, durch die Einrichtung des MDK für die verschiedenen Kassen vergleichbar. Man kann also davon ausgehen, dass die Kassen, die den MDK mit der Prüfung der Erwerbsfähigkeit beauftragen, für ähnlich gelagerte Fälle auch entsprechend ähnliche Gutachten mit den dazugehörigen Empfehlungen bekommen. Allerdings können die Organisation der Begutachtung, deren Qualität und ihre Schlussfolgerungen von regionalen Besonderheiten des MDK geprägt sein, wie unten zu sehen sein wird. Hier bleibt erstmal festzuhalten, dass der MDK einen einheitlichen Maßstab an die Bewertung der Erwerbsfähigkeit zugrunde legt, wobei die Frage einer potenziellen Erwerbsminderung rein am eigenen, krankenversicherungsrechtlichen Maßstab der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausgerichtet ist. Die Begutachtung durch den MDK bezieht sich auf die prägenden Merkmale der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und stellt damit eine eher qualitative Betrachtungsweise dar. Erst in einem zweiten Schritt wird dann gefragt, ob diese qualitativen Einschränkungen von Dauer sein könnten (länger als sechs Monate). Wird dies bejaht, wird der Kasse empfohlen, den Versicherten zur Stellung eines Reha-Antrags an die Deutsche Rentenversicherung aufzufordern, obwohl bekannt ist, dass für die Feststellung einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch die Deutsche Rentenversicherung andere Maßstäbe gelten als im Krankenversicherungsrecht (die Gefährdung, dauerhaft nicht zu einer Tätigkeit auf dem „allgemeinen Arbeitsmarkt“ in der Lage zu sein). Gleichwohl bewerten die Gesprächspartner_innen der Deutschen Rentenversicherung die Gutachten des MDK übereinstimmend als qualitativ wertvoll. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass erstens die persönliche Begutachtung einen hohen Stellenwert im MDK hat und diese auch recht um-

fänglich erfolgt. Nach Aussage der MDK-Gutachter_innen dauern die Begutachtungen ein bis zwei Stunden und enthalten große Passagen des Erfragens der Umstände am Arbeitsplatz. Diese Gutachten stehen somit in starkem Kontrast zu den unter Zeitdruck angefertigten Gutachten der Arbeitsagenturen nach § 145 SGB III. Zweitens sind die Gutachten des MDK möglicherweise gerade auch aufgrund ihrer krankensicherungsrechtlichen Prägung mit Bezug auf die letzte Tätigkeit äußerst nah am Arbeitsmarkt orientiert: die qualitative Betrachtung prägender Tätigkeitsmerkmale und die Beschreibung der damit zusammenhängenden Funktionseinschränkungen scheint auch für die Betrachtung der Erwerbsfähigkeit mit Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Rentenversicherung hilfreich zu sein.

Die Krankenkassen erfüllen ihre Rolle als Initiatoren von EM-Rentenverfahren allerdings nicht nur durch die Einschaltung des MDK, sondern insbesondere auch durch Nicht-Aktivität in den Fällen, in denen bis zum Auslaufen des Krankengeldes keine Einschätzung zur Erwerbsfähigkeit vorgenommen wird und die entsprechenden Fälle dann in die Arbeitslosenversicherung übergehen. Gerade in diesen Fällen langen Krankengeldbezuges ist jedoch die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit sehr naheliegend, sodass der Ärztliche Dienst in den Arbeitsagenturen auch sofort das entsprechende Verfahren nach § 145 SGB III initiiert, welches eine rasche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit innerhalb von 15 Werktagen sowie eine meist darauffolgende Aufforderung zur Antragstellung an die Rentenversicherung beinhaltet. Die entsprechenden Folgen dieser organisatorischen Voraussetzungen für die Begutachtung im Rahmen dieser Struktur wurden oben bereits beschrieben (siehe Abschnitt 5.3.1). Beides, sowohl die organisatorischen Voraussetzungen der Begutachtung als auch die Form der Begutachtung, ergeben sich daraus, dass die meisten dieser Fälle eigentlich „fachfremd“ im System der Arbeitslosenversicherung sind, da erstens die Versicherten oft noch eine Beschäftigung haben und zweitens die Versicherten dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen und folglich nicht vermittelt werden können.

Prinzipiell gibt es zwei Bereiche, in denen ein Koordinationsbedarf gegeben ist: zunächst ist das die Schnittstelle zur Rentenversicherung, welche für Rehabilitation und möglicherweise folgende Rentenansprüche zuständig ist. In beiden Regionen werden die Gutachten an die Rentenversicherung weitergeleitet. Es gibt also ein Schnittstellenmanagement („inter-agency cooperation“, Abschnitt 2.3.3). Darüber hinaus gibt es kaum persönliche oder einzel-fallbezogene Abstimmung („street-level coordination“), wobei einzelne Ärzte suggeriert haben, dass es so etwas wie „informelle Codes“ gäbe, welche bei Verweis an die Rentenversicherung kommunizieren, dass eigentlich nicht

nur eine Reha, sondern die Prüfung eines Rentenanspruchs von der Krankenversicherung empfohlen wird. Inwieweit solche Mechanismen flächendeckend zum Einsatz kommen, ist aber offen.

Neben dieser Schnittstelle zur Rentenversicherung könnte die Krankenkasse sich aber auch mit der nachfolgenden Stelle nach ausgelaufenem Krankengeldbezug, also mit den Arbeitsagenturen, abstimmen. Hierzu gibt es keine Informationen zu übergreifenden Mechanismen. Es scheint aber regionale Abstimmungsversuche zu geben (s. u.).

Entscheidungsbereich II: Die Arbeitsagenturen und Jobcenter als Gestalter von arbeitsmarktbezogenen Übergängen

Die Arbeitsagenturen und Jobcenter bilden eine Schnittstelle zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung. Zum einen obliegt ihnen originär die Aufgabe, Menschen in Arbeit zu vermitteln. Insofern kennen sie den Arbeitsmarkt und seine Anforderungen besser als jeder andere Sozialleistungsträger und sind damit kompetente Partner sowohl für Versicherte als auch für die Renten- und Krankenversicherung. Zum anderen sind sie mit einer Vielzahl von Übergängen konfrontiert, die dazu führen, dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen Arbeitslosengeld beziehen, damit die Betroffenen sozial abgesichert bleiben. Diese bedürfen aber besonderer Vermittlungsanforderungen und fallen möglicherweise aufgrund dieser Vermittlungshemmnisse gar nicht in die Zuständigkeit der Arbeitsförderung. Dies betrifft zum einen die genannten § 145er-Fälle, die hauptsächlich aufgrund ausgelaufenen Krankengeldbezugs im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung in den Arbeitslosengeldbezug kommen, aber auch Personen mit langfristigen Gesundheitseinschränkungen, wo diese Einschränkungen an sich (z. B. aufgrund von Restleistungsvermögen oder unklarer Prognose) [noch] keine Erwerbsminderung begründen. Während erstere Gruppe relativ leicht als möglicherweise „fachfremd“ identifizierbar ist, ist die zweite Gruppe eher diffus zusammengesetzt und es hängt stark von Vermittlungsfachkräften und Ärzt_innen ab, wie sie mit der gesundheitlichen Einschränkung umgehen und welche Bedeutung sie ihr beimessen.

Beim Wechsel der Versicherten in den Bereich der Arbeitsförderung ändert sich der Bezugspunkt für die Bestimmung der Erwerbsfähigkeit. Während der MDK den krankenversicherungsrechtlichen Maßstab der letzten Tätigkeit heranzieht und daran eine Prognose über die Dauer der Einschränkung knüpft, sind Arbeitsagenturen und Jobcenter daran gehalten zu prüfen, ob jemand mindestens drei Stunden täglich einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen kann. Hier kommen also die gleichen Maßstäbe wie

in der Rentenversicherung zum Tragen, die auf die Stundenanzahl einer Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet sind. Bei einer Erwerbsfähigkeit unter drei Stunden ist an die Rentenversicherung zu verweisen, allerdings auch hier nur mit der Möglichkeit zur Stellung eines Reha-Antrages, und nicht eines Rentenanspruches, aufzufordern. Während die Ärzt_innen des ÄD, ähnlich wie die Ärzt_innen in der Rentenversicherung, eine Zuordnung zwischen nicht erwerbsfähig (unter drei Stunden) und voll erwerbsfähig (mindestens sechs Stunden) als relativ problemlos ansehen, so gibt es doch eine nicht unerhebliche Anzahl von Grenzfällen, in denen sozialrechtliche Konsequenzen der Begutachtung die Ausrichtung des Gutachtens mit beeinflussen, so z. B. unter anderem die zu erwartende Rentenhöhe, die Konsequenz einer Teilzeitverfügbarkeit usw. Hier werden also Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsträgern ebenso mit einbezogen wie die Folgen für den bzw. die Leistungsbezieher_in im Rahmen von Vermittlerhandeln und Leistungsbezug innerhalb der eigenen Organisation.

Wie oben gezeigt, sehen die Vermittlungsfachkräfte in den Arbeitsagenturen und Jobcentern Probleme bei der Aktivierung von bestimmten Personengruppen. Dies gilt insbesondere für ältere Arbeitsuchende sowie für Arbeitsuchende mit Suchterkrankungen. Bei beiden Gruppen stellt sich für die Vermittlungsfachkräfte die Frage, ob es angesichts der mangelnden Vermittelbarkeit als zielführend und gerecht angesehen werden kann, sie mit Aktivierungsmaßnahmen zu behelligen. Damit ist indirekt auch gesagt, dass bisherige Aktivierungsmaßnahmen für diese Gruppe möglicherweise nicht sinnvoll bzw. nicht ausreichend angepasst sind. Inwieweit andere Aktivierungsmaßnahmen zur Verfügung stehen, ist angesichts der beiden Fallstudien nicht zu beantworten. Gleichwohl haben Mitarbeiter_innen aus den Jobcentern den Wunsch geäußert, Instrumente einsetzen zu können, die nicht so einen starken Bezug auf eine Integration in den Ersten Arbeitsmarkt haben. Obwohl manche Vermittlungsfachkräfte der Meinung sind, dass die Arbeitsagenturen „mutiger“ im Hinblick auf die Leidensgerechtigkeit möglicher Beschäftigungsverhältnisse seien, so wird doch des Öfteren die Stellung eines Rentenanspruches empfohlen. Es wurde sogar berichtet, dass sich in Einzelfällen die „Aktivierung“ darin erschöpfe, regelmäßig wieder zur Stellung eines solchen Antrags aufzufordern.

Allerdings herrscht auf Seiten des Ärztlichen Dienstes der Eindruck vor, dass, wenn die Arbeitsagenturen eine Erwerbsminderung vermuten und zur Antragstellung bei der Rentenversicherung auffordern, die Rentenversicherung bei der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit in nicht seltenen Fällen von der Einschätzung des Ärztlichen Dienstes abweicht. Das hierfür eingerichtete

Divergenzverfahren kommt fast nie zum Zug, was auch damit zu tun hat, dass den Ärzt_innen im ÄD bewusst ist, dass ihre Gutachten aufgrund der Rahmenbedingungen nicht die gleiche Qualität haben können, wie die des Sozialmedizinischen Dienstes der DRV. Die Ärzt_innen des ÄD initiieren deshalb nur selten ein Divergenzverfahren und auch der Sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung sucht selten den Kontakt. Nicht aufzulösen sind allerdings Konflikte über die psychischen Diagnosen, wo die Ärzt_innen im ÄD, auch unter Berücksichtigung der hohen Qualität der Gutachten durch die Rentenversicherung, die Erwerbsfähigkeit grundlegend anzweifeln. Aber in diesen Fällen ist dann die Letztentscheidungskraft der Rentenversicherung ausschlaggebend dafür, dass der ÄD häufig gar keine Auflösung der Divergenz sucht. Es gibt also auch hier kaum "street-level"-Koordination, zumindest nicht in einer gewissen Regelmäßigkeit (von Einzelfällen durch die beteiligten Personen abgesehen). Die Art der Kooperation scheint sich vielmehr auf „Observation“ zu beschränken, d. h. die Organisationen beobachten sich gegenseitig in Bezug auf ihr Verweisungsverhalten. Aber auch hierzu gibt es, zumindest bei den Arbeitsagenturen und Jobcentern, kaum regelhafte Monitorings und die meisten Aussagen basieren auf Schätzungen.

Entscheidungsbereich III: Die Rentenversicherung als Letztentscheider

Die Rentenversicherung ist der Ort, wo es sich letztlich entscheidet, ob eine EM-Rente gewährt wird oder nicht. Sowohl bei eigeninitiativ gestellten Anträgen, aber insbesondere auch bei Antragsaufforderung durch andere Sozialleistungsträger, ist die Rentenversicherung dabei auf Informationen der oben genannten Akteure angewiesen, weil diese den Fall des Versicherten oft schon kennen und ggf. auch geprüft haben. Neben den Sozialleistungsträgern sind auch Haus- und Fachärzt_innen hieran beteiligt. Die Qualität der Informationen scheint jedoch zu variieren: während die Informationen des MDK als qualitativ hoch wertvoll eingeschätzt werden, scheinen die Informationen der Arbeitsagenturen und Jobcenter (sofern sie mit dem ÄD zusammengearbeitet haben), von geringerer Qualität. Interessant ist dies insofern, als dass die den Gutachten des MDK zugrunde liegende Referenz (nämlich der krankenversicherungsrechtliche Bezug zur letzten Tätigkeit als Beurteilung sowohl für die aktuelle Arbeitsunfähigkeit, aber eben auch für die Beurteilung der drohenden Erwerbsminderung) sich von der im Rentenversicherungsrecht unterscheidet, wohingegen der Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowohl beim Ärztlichen Dienst der BA als auch bei der Rentenversicherung angewendet wird. Mögliche Gründe dafür wurden oben bereits

genannt: die Unterschiede in Bezug auf Zeit und Umfang der Untersuchungen zwischen MDK und ÄD sowie die qualitative Sichtweise des MDK hinsichtlich konkreter Beschäftigungsmöglichkeiten. Was die Haus- und Fachärzt_innen angeht, fehlt ihnen aus Sicht der Rentenversicherung häufig die sozialmedizinische Perspektive. Aufgrund ihrer Patienten-Nähe verfügen die entsprechenden Gutachten häufig über Aussagen zu möglichen Therapien und anderen kurativen Ansätzen, welche für die Prüfung einer Erwerbsminderung selbst nicht relevant sind.

Unabhängig davon, dass häufig Informationen zum Versichertenfall bereits vorliegen, wählt die Rentenversicherung dennoch meistens den Weg, die Voraussetzungen zum EM-Rentenbezug selbst gründlich zu prüfen. Hierzu greift sie entweder auf den eigenen Sozialmedizinischen Dienst zurück, der mit seiner Arbeit auch Standards setzt, sodass auch andere Sozialversicherungsorganisationen mit den Informationen arbeiten, welche dort Arbeitsgrundlage sind. Alternativ vergibt die Rentenversicherung externe Gutachten, insbesondere dann, wenn eine ganz konkrete Fachlichkeit gefragt ist oder das Personal des eigenen Dienstes ausgelastet ist (in einer Region in zwei Dritteln aller Fälle). Aber auch bei externen Gutachten kommt dem Sozialmedizinischen Dienst eine bedeutende Funktion zu, da die Gutachten mit einer abschließenden Stellungnahme von Ärzten des SMD zusammengeführt werden. Darüber hinaus gibt es einen „nervenärztlichen Dienst“, welcher bei psychischen Erkrankungen eingeschaltet werden kann, um die Gutachten „gerichtsfest“ zu machen, was insbesondere bei strittigen Fällen relevant ist.

Was die Begutachtung selbst angeht, ist das Spektrum der angewendeten Verfahren breit: manche Träger vertrauen stark auf das Format Aktenlage, während andere auf persönliche Begutachtung setzen. Zwar wird hier häufig die Begründung herangezogen, dass die Unterlagen für eine Aktenlage auch ausreichend aussagekräftig sein müssen, aber gleichzeitig lassen sich doch deutliche Unterschiede zwischen den Trägern erkennen, die nicht alleine in der Aussagefähigkeit der Gutachten durch die vorhergehenden Sozialleistungsträger begründet zu sein scheinen.

Die Rentenversicherung hat zwei Möglichkeiten, die Versicherten an einen der vorgenannten Träger zurückzuverweisen. Zum einen kann sie einen Rentenanspruch ablehnen, damit wäre die Zuständigkeit der Rentenversicherung zunächst erschöpft, es sei denn es kommt zum Widerspruch oder zu einem erneuten Antrag zu einem späteren Zeitpunkt. Zum anderen kann sie aber auch Zeit- oder Teilrenten gewähren, welche zugrunde legen, dass entweder aktuell ein Restleistungsvermögen (neben einer teilweisen Erwerbs-

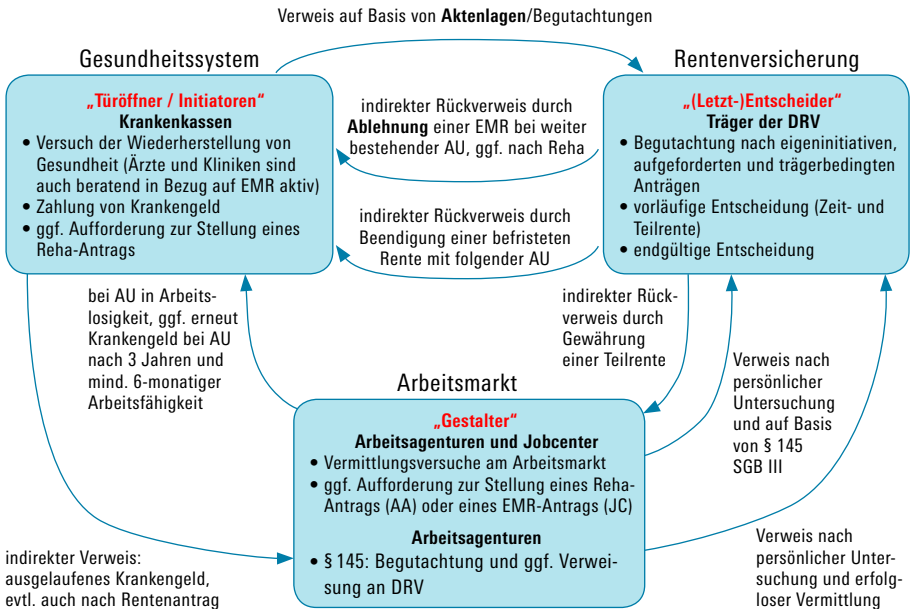
minderung) besteht oder ein potenziell wieder zu erlangendes Leistungsvermögen in Aussicht steht und die Rentenversicherung sich die Zuständigkeit mit einem anderen Sozialleistungsträger, entweder gleichzeitig oder sequenziell, teilt.

Zugangssteuerung in die Erwerbsminderungsrente – das Entscheidungsfeld

Das Entscheidungsfeld ist durch drei Entscheidungsbereiche charakterisiert, die wir als Initiatoren, Gestalter und Letztentscheider bezeichnet haben und die durch das Gesundheitssystem, die öffentliche Arbeitsvermittlung und die Rentenversicherung getragen wird (siehe [Abbildung 15](#)). Diese Träger wirken in einem gemeinsamen Prozess zusammen, der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten, doch sie agieren nach ihren jeweils spezifischen Maßstäben der Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsfähigkeit, mit ihren spezifischen

Abbildung 15

Stufen des Gatekeepings: Drei Funktionssysteme und ihre Entscheidungsbereiche



Quelle: eigene Darstellung.

Aufträgen und – daraus abgeleiteten – Handlungsmöglichkeiten und ihren Interessen.

Die institutionelle und empirische Analyse zeigt, dass die Vorstellung des Gatekeepings als eines mehr oder weniger geradlinigen Prozesses in mehreren Stufen ergänzt werden muss um die Möglichkeit von Schleifen, d. h. des Überspringens und Zurückverweisens an vorgelagerte Träger. Diese „Schleifen“ zeigen sich in der Möglichkeit zur Reha-Antragstellung nach Aufforderung durch einen Sozialleistungsträger, dem Rückverweis aufgrund einer divergenten Auffassung des angegangenen und unabhängig begutachtenden Trägers sowie aufgrund des Einfließens der sozialrechtlichen Folgen möglicher Begutachtungsausgänge in das Kalkül der Versicherten und Organisationen, wie es anhand der „sozialrechtlichen Beratung innerhalb der Begutachtung“ am Beispiel des Ärztlichen Dienstes der BA deutlich wurde. Derartige Schleifen (Vor- und Rückverweise) können nicht ausgeschlossen oder abgeschnitten werden, weil sie interessenbedingt sind. Sie sollten aber auch nicht ausgeschlossen werden, weil Krankheiten und Leistungseinschränkungen einer eigenen Dynamik unterliegen und es deshalb sinnvoll ist, die soziale Absicherung nicht nur auf der Grundlage des aktuellen, sondern auch des absehbaren Erkrankungsverlaufes zu betreiben und hierfür alle verfügbaren Heilungsmöglichkeiten zum richtigen Zeitpunkt zu nutzen. Um dies zu erreichen, sind Prognosen über den erwartbaren Krankheitsverlauf unverzichtbar.

Im gegliederten Sozialversicherungssystem ist die Zugangssteuerung in Stufen angelegt, und aufgrund des Sicherungsfeldes „Erwerbsminderung“ bzw. „eingeschränkte Leistungsfähigkeit“ sind in der Zugangssteuerung auch Schleifen vorgesehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit zur *street-level coordination* (fallbezogene Abstimmung) und zur *meso-level coordination* (organisationsbezogene Abstimmung). Die institutionelle und empirische Analyse zeigt, dass die organisationsbezogene Abstimmung bzw. das Schnittstellenmanagement zwischen den Organisationen trotz bestehender Lücken ausgereifter und entwickelter ist als die fallbezogene *street-level coordination*.

6 ANALYSEN ZUR ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBSMINDERUNGSRENTEN

6.1 Der Aktivierungsanspruch des Erwerbsminderungsrentenrechts und dessen Umsetzung

6.1.1 Einleitung

Dem Paradigma der aktivierenden Sozialpolitik folgend, sind in der Vergangenheit in den Sozialleistungssystemen einschließlich der Gesetzlichen Rentenversicherung umfangreiche und weitreichende gesetzliche Änderungen vorgenommen worden. Als Ziel aktivierender Sozialpolitik wird regelmäßig die Unabhängigkeit erwerbsfähiger Menschen von Sozialleistungen durch ein Erwerbseinkommen formuliert. Im Erwerbsminderungsrentenrecht kommt dies insbesondere im Wegfall der Berufsunfähigkeitsrenten sowie dem Verweis auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, der Absenkung der ‚Opfergrenzen‘ und der Abschlüsse auf Erwerbsminderungsrenten zum Ausdruck. Aber auch der Grundsatz „Reha vor Rente“, der Perspektivenwechsel bei der Zeitrente vom Ausnahme- zum Standardfall sowie die Möglichkeit der Gewährung von Teilrenten sollen den EMR-Bezug vermeiden oder vermindern und zugleich die Versicherten auf eine Erwerbstätigkeit (an Stelle einer Rente) hin orientieren.

In diesem Unterkapitel wird der Frage nachgegangen, in welcher Weise die aktivierenden Ziele und Maßnahmen des Gesetzgebers im Bereich des Erwerbsminderungsrentenrechts in der Praxis der Rentenversicherung Eingang gefunden haben. Hierfür werden zunächst die erwerbsorientierenden Elemente des Erwerbsminderungsrentenrechts in ihrer quantitativen Bedeutung in der Praxis dargestellt. Nachfolgend werden die Einschätzungen und Bewertungen der befragten Akteure hinsichtlich ihrer Umsetzung und Umsetzbarkeit dargestellt. Abschließend werden die Möglichkeiten und Grenzen der gesetzlich verordneten Aktivierung gesundheitlich eingeschränkter Personen sowie Weiterentwicklungspotenziale diskutiert.

6.1.2 Aktivierung und Rekommodifizierung im Erwerbsminderungsrentenrecht

Aktivierung hat sich seit den 1990er-Jahren zum dominanten Paradigma zunächst in der Arbeitsmarktpolitik entwickelt (OECD 1996, Martin/Grubb

2001). In verschiedenen Ländern unterschiedlich interpretiert, besteht der Kern dieses Paradigmas zunächst in der engeren Verknüpfung von Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit und Dienstleistungen der Arbeitsvermittlung (z. B. Beratung, Vermittlung, Weiterbildung, Existenzgründung). Dies folgt dem Ziel einer schnelleren Rückkehr aus Arbeitslosigkeit in Beschäftigung. In einem weiter gefassten Verständnis verfolgt die Aktivierung auch das Ziel einer breiteren Erwerbsbeteiligung, was beispielsweise die Schließung des Vorruhestands und die Förderung der Frauenerwerbstätigkeit umfasst, und greift damit auf weitere Personengruppen über die Arbeitslosen hinaus über (Clasen/Clegg 2006, S. 527 f.). In der weiteren Entwicklung hat sich das Konzept der Aktivierung ausgeweitet auf die Verwaltungen von Sozialleistungen und auf Systeme sozialer Sicherung insgesamt (van Berkel 2013, Barbier 2004). Eine prominente Personengruppe, die in den Fokus aktivierender Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik geraten ist, ist – auch in der internationalen Diskussion – die Gruppe von Personen mit gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen ihrer Arbeitsfähigkeit (OECD 2003, OECD 2010).

Aktivierende Politiken werden oft als „Kommodifizierung“ (bzw. als „Re-Kommodifizierung“) eingeordnet, also als Bestrebungen, individuelle Fähigkeiten zur Erwerbsarbeit zu nutzen und damit das Arbeitsvermögen als Ware (*commodity*) auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten, um auf diese Weise die materielle Existenzgrundlage zu sichern (Polanyi 1944, Esping-Andersen 1990). Dies kann durch einen „Angebotszwang“ erreicht werden, indem alternative Möglichkeiten der Existenzsicherung, insbesondere der Bezug von Sozialleistungen stärker an Bedingungen geknüpft und damit erschwert wird, indem die Bemühungen von Arbeitssuchenden bei ihrer Arbeitssuche stärker überwacht werden und indem die Zumutbarkeitskriterien für eine neue Beschäftigung so ausgeweitet werden, dass weniger Jobangebote abgelehnt werden können. Dies wird oft mit der „Eigenverantwortung“ der Betroffenen begründet. Die Kommodifizierung wird aber auch erreicht, indem Mobilität auf dem Arbeitsmarkt unterstützt wird (sowohl fachlich und räumlich), um Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zusammenzuführen.

Aktivierende Politiken lassen sich aber auch als „Politik der Befähigung“ umsetzen. Diese Ausrichtung aktivierender Politiken geht von der Prämisse aus, dass Erwerbsarbeit nicht nur der Sicherung der materiellen Existenz dient, sondern ein wesentliches Element gesellschaftlicher Teilhabe ist. In dieser Ausrichtung stehen Aspekte wie die Zufriedenheit mit der Arbeit, die Chancen auf Selbstverwirklichung in der Arbeit und die mittel- und langfristige Sicherheit des Arbeitsverhältnisses im Mittelpunkt, d. h. ein auf die individuellen Bedarfe abgestimmtes Arbeitsverhältnis. In dieser Perspektive wird

den individuellen Wünschen und Ansprüchen an Erwerbsarbeit ein systematischer Stellenwert zugeschrieben, und sie werden nicht nur als begünstigender, notfalls aber auch unnötiger Begleitumstand betrachtet. Zudem wird ein größeres Gewicht auf soziale Dienstleistungen, mit denen der Verbleib in oder die Rückkehr zur Erwerbstätigkeit unterstützt werden können, gelegt.

Das Erwerbsminderungsrentenrecht enthält an zentralen Stellen Elemente, die auf die (Re-)Integration in Beschäftigung zielen und aktivierend sind. Sie wurden an verschiedenen Stellen dieses Berichtes vorgestellt und sollen hier nur noch kurz wiederholt werden:

„Reha vor Rente“ ist ein traditioneller Bestandteil der Gesetzlichen Rentenversicherung seit ihrem Beginn (1889) (siehe Abschnitt 3.3). Er folgt dem Grundsatz einer Versicherung, dass eher der Eintritt des Schadensfalls zu vermeiden ist, als eine Kompensation für den eingetretenen Schaden zu leisten. Das Prinzip, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen Teilhabe „Vorrang vor Rentenleistungen“ haben (§ 9 SGB VI), wurde mehrfach gestärkt, zuletzt durch das sog. „Rentenpaket“ vom 01.07.2014, durch das das Reha-Budget an die demografische Entwicklung angepasst und damit vorübergehend erhöht wurde.

Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe, wenn damit eine drohende Erwerbsminderung abgewendet werden kann oder wenn bei einer bestehenden Erwerbsminderung eine wesentliche Verschlechterung entweder abgewendet oder sogar eine Verbesserung erreicht werden kann oder wenn – auch ohne Aussicht auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit – dadurch der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Hierzu müssen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein (Wartezeit von 15 Jahren oder Bezug einer Erwerbsminderungsrente) (§§ 10 und 11 SGB VI). Auch andere Träger können Leistungen zur Rehabilitation erbringen, um „Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit [...] zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§ 4 SGB IX).

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind grundsätzlich als Zeitrnten zu leisten (§ 102, Abs. 2 SGB VI), also zu befristen. Auch dies ist als aktivierendes Element zu verstehen. Die Befristung erstreckt sich auf maximal drei Jahre (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Die Möglichkeit der Befristung selbst ist nicht neu, doch die Befristung als Grundsatz zu praktizieren wurde mit der Reform der Erwerbsminderungsrenten (2001) eingeführt. Im Gesetzentwurf wurde keine Begründung dafür geliefert (siehe Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen 2000, S.27), doch es liegt nahe, dass Minderungen

der Erwerbsfähigkeit nicht dauerhaft sein müssen, sondern eine Besserung eintreten kann, aufgrund derer eine Rentenzahlung nicht gerechtfertigt wäre. Statt nun den Versicherten zu verpflichten, von sich aus die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit anzuzeigen, wird durch die Befristung erreicht, dass regelmäßig überprüft wird, ob die Erwerbsminderung fortbesteht bzw. die Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitation wiederhergestellt werden kann.

Durch das Konstrukt der zweistufigen Erwerbsminderungsrente wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ein Restleistungsvermögen bestehen kann, das auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten ist. Auch dies ist ein Element der Aktivierung. Ist aufgrund der Erwerbsminderung eine Person mindestens drei, aber weniger als sechs Stunden leistungsfähig, kann eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gezahlt werden. Der Rentenzahlbetrag entspricht der Hälfte einer vollen Erwerbsminderungsrente und stellt damit keinen vollen Lohnersatz dar.⁸⁰ Vielmehr soll die Teil-Erwerbsminderungsrente nur den entfallenen Teil des nach wie vor zu erzielenden Erwerbseinkommens kompensieren. Wenn kein Erwerbseinkommen erzielt wird und keine anderen existenzsichernden Mittel vorhanden sind, wird die Grundsicherung für Arbeitsuchende gewährt, womit zum Ausdruck kommt, dass das verbliebene Leistungsvermögen am Arbeitsmarkt eingesetzt werden soll. Nimmt man lediglich die Tatsache der zweistufigen Erwerbsminderungsrente, dann ist sie als ein kommodifizierendes Element zu werten. Wenn mit einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung unterstützende Leistungen zur Integration in die bisherige oder eine neue Arbeit einhergehen, wäre das Konzept der zweistufigen EM-Rente Bestandteil einer eher „befähigenden“ Politik.

Seit der Neugestaltung der Erwerbsminderungsrenten (2001) sind Renten wegen Berufsunfähigkeit und damit der Berufsschutz bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit und von zumutbaren Beschäftigungen entfallen (für Versicherte, die nach dem 01.01.1961 geboren wurden). Ob ein Restleistungsvermögen besteht, wird vor dem Hintergrund des allgemeinen Arbeitsmarktes beurteilt. Die Zumutbarkeitskriterien des Erwerbsminderungsrentenrechts in der Rentenversicherung sind in dieser Hinsicht an die der Grundsicherung für Arbeitsuchende angeglichen. Für die Personen, denen auch nach der EM-Rentenreform neu eine Berufsunfähigkeit attestiert wurde (vor dem 02.01.1961 geboren), wurde die Leistung abgesenkt, da sie nun

80 Im Vergleich zum Zeitraum vor der Neugestaltung der Erwerbsminderungsrenten (2001) stellt dies insofern eine Verschlechterung dar, als bis dahin Renten wegen Berufsunfähigkeit (die am ehesten der späteren Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung entsprechen) in Höhe von zwei Drittel einer vollen Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt wurden.

nur noch als halbe Rente und nicht mehr, wie bis zur Reform, als Zwei-Drittel-Rente gezahlt wird.⁸¹ Dies sind sehr ausgeprägte kommodifizierende Elemente.

Ebenfalls mit der Neugestaltung der Erwerbsminderungsrenten wird eine teilweise Erwerbsminderung erst ab einer Leistungsfähigkeit von weniger als sechs Stunden pro Tag anerkannt. Gesundheitliche Einschränkungen, die keine vollschichtige Arbeit erlauben, aber eine vollzeitnahe Teilzeit von sechs Stunden (oder mehr), begründen keinen Leistungsanspruch. Begründet wurde dies damit, dass nur „wesentliche Einbußen“ der Erwerbsfähigkeit abgesichert werden sollen, und dass damit der einzelne Versicherte „bei der Risikoverteilung zwischen Solidargemeinschaft aller Versicherten und ihm selbst angemessen beteiligt“ wird (Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen 2000, S. 23). Auch dies ist eher einer kommodifizierenden Politik zuzuschlagen.

Ein weiteres „aktivierendes“ Element der Rentenreform von 2001 war die Einführung von Abschlägen beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente vor Vollendung des 63. Lebensjahres. Dies wurde explizit unter Anreizgesichtspunkten begründet, um Ausweichreaktionen in die Erwerbsminderungsrente hinein von Personen zu vermeiden, denen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder einer Schwerbehinderung eine Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder für Schwerbehinderte offensteht, bei deren Inanspruchnahme aber Abschläge hinzunehmen sind. Die Einführung der Abschläge bei EM-Renten war und ist umstritten, wurde aber durch das Bundessozialgericht für zulässig erklärt. Auch dies ist ein kommodifizierendes Element. Inwieweit es tatsächlich Handlungen beeinflusst, lässt sich nur für den – vermutlich kleinen – Personenkreis beurteilen, der zwischen dem 60. und 63. Lebensjahr in EM-Rente wechselt, aber auch die Voraussetzungen für eine Schwerbehindertenrente erfüllt bzw. umgekehrt in Schwerbehindertenrente geht, aber auch in eine EM-Rente hätte wechseln können. Für alle anderen Personen hat die Einführung von Abschlägen keinen Effekt; lediglich für die Neuzugänge in EM-Rente wirkt sie rentensenkend, ohne dass sie dem ausweichen könnten.

Schließlich sind die Zuverdienstregelungen beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente zu nennen, also die Möglichkeit, Erwerbstätigkeit und Rentenbezug zu verbinden. Dies erscheint im Fall der EM-Rente als widersprüchlich, da die fehlende Erwerbsfähigkeit abgesichert werden soll. Andererseits ist durch das Konstrukt der teilweisen Erwerbsminderungsrente im-

81 Bereits bewilligte BU-Renten wurden nicht verändert.

pliziert, dass die Erwerbsfähigkeit teilweise noch gegeben ist. Die Verbindung von Erwerbstätigkeit und Erwerbsminderungsrentenbezug kann auch dann sinnvoll sein, um die Rückkehr in Erwerbstätigkeit zu erleichtern und Barrieren zu beseitigen, die sich daraus ergeben, dass Erwerbsgeminderte ihre Rente nicht aufgeben, weil sie nicht sicher sind, ob die den Anforderungen der Erwerbstätigkeit genügen. – Für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten bestehen Zuverdienstgrenzen (§ 96a SGB VI). Vereinfacht dargestellt, ist immer mindestens ein Zuverdienst in Höhe einer geringfügigen Beschäftigung anrechnungsfrei. Beim Bezug einer Teilerwerbsminderungsrente ist ein deutlich höherer Betrag anrechnungsfrei, nämlich ein Einkommen in etwa der Höhe, das durch die Höhe der Teilerwerbsminderungsrente versichert ist. Damit wird vermieden, dass Personen, die eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehen und mit ihrem verbliebenen Leistungsvermögen ein höheres Einkommen erzielen, das deutlich oberhalb des bisherigen Einkommens liegt, eine Erwerbsminderungsrente erhalten. In diesem Fall hätte die Minderung der Leistungsfähigkeit keinen Einkommensschaden ausgelöst, der abzusichern wäre. Werden die Hinzuverdienstgrenzen überschritten, werden die Renten auf die Höhe einer Zweidrittel-, Halb- bzw. Viertelrente gekürzt, bzw. sie entfallen vollständig. Speziell geregelt ist die Verbindung von Erwerbstätigkeit und Rentenzahlung nach Abschluss einer Rehabilitation: Nach einer durch eine Rehabilitation wieder hergestellten Erwerbsfähigkeit aufgenommenen Tätigkeit wird die EM-Rente noch drei Monate gezahlt (§ 100, Abs. 3 SGB VI). Diesen Zeitraum könnte man als Karenzzeit verstehen, in dem eine Rückkehr in den Rentenbezug leicht möglich ist, wodurch das „Wagnis“ der Erwerbstätigkeit erleichtert wird.

Zusammenfassend sind durch die Reform der Erwerbsminderungsrente unter den aktivierenden Elementen gerade die kommodifizierenden Elemente deutlich verstärkt worden. Hierzu sind vor allem der Verlust des Berufsschutzes und der vollständige Umstieg auf eine reine Betrachtung der noch möglichen täglichen Arbeitszeit bei der Beurteilung der Erwerbsminderung und der grundsätzliche Umstieg auf Zeitrenten zu zählen. Das Konzept der Umwandlung einer Teilrente in eine Vollrente aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes gab es in Gestalt der Umwandlung einer Berufsunfähigkeitsrente in eine Erwerbsunfähigkeitsrente auch im alten Erwerbsminderungsrentenrecht; es wurde unter der veränderten Stundengrenze (und unter Verzicht auf den Berufsschutz) fortgeführt. Auch dieses lässt sich als kommodifizierendes Element fassen, von dem erwartet werden kann, dass es sich auf die Erwerbstätigkeit auswirkt. Aber auch die „befähigenden“ Elemente, insbesondere die Rehabilitation, wurde beständig weiter entwickelt.

6.1.3 Die Aktivierung (potenziell) erwerbsgeminderter Versicherter in der Praxis der Rentenversicherung

Erste, aber unzureichende Indizien aus statistischen Analysen

Die Analysen zur Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten (siehe Kapitel 3) geben nur begrenzt Aufschluss darüber, wie die rentenrechtlichen Aktivierungsmöglichkeiten durch die Rentenversicherung umgesetzt werden. So liegen etwa Daten zu Erwerbstätigkeit, Einkommen und Einkommensanrechnung von Erwerbsgeminderten nicht vor. Ebenso fehlen bislang Analysen zu den Auswirkungen der Reform der Erwerbsminderungsrenten 2001 (insbesondere zum Wegfall des Berufsschutzes, der Änderung der Maßstäbe für die Zuerkennung einer Erwerbsminderung und der Anreizwirkungen von Abschlägen bei EM-Rente). Selbst zu der Frage, wie häufig befristete Erwerbsminderungsrenten wiederholt befristet und schließlich entfristet werden, gibt es keine Analysen. Was jedoch bei der Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten in Kapitel 3 gezeigt wurde, war, dass die Umwandlung von teilweisen in volle Erwerbsminderungsrenten bei verschlossenem Arbeitsmarkt nur schwach mit der regionalen Arbeitsmarktlage zusammenhängt. Auch der Anteil der befristeten Erwerbsminderungsrenten hängt nur schwach mit der regionalen Arbeitsmarktlage zusammen. Diese Befunde beruhen jedoch auf Momentaufnahmen und nicht auf einem Längsschnitt. Weitere Untersuchungen deuten darauf hin, dass Reha-Leistungen bei Erwerbsminderungsrentenzugängen aus Arbeitslosigkeit seltener gewährt wurden, als wenn sie aus Beschäftigung heraus erfolgten (Brussig 2012, Mittag/Reese/Meffert 2014a).

Insgesamt sprechen die spärlichen vorliegenden Indizien dafür, dass die aktivierenden Elemente im Erwerbsminderungsrentenrecht kaum genutzt werden. Allerdings geben die statistischen Analysen nur Hinweise auf Ergebnisse und nicht auf das Handeln der Akteure. Im Rahmen der statistischen Analyse müssen die Handlungsrationitäten und Sichtweisen der Akteure unterstellt und können nicht geprüft werden. Auf der Grundlage des Interviewmaterials vor allem mit Gutachtern und Entscheidern in der Rentenversicherung⁸² sollen diese im Folgenden untersucht werden, um zu

82 Nicht einbezogen werden im Folgenden Modellprojekte der Rentenversicherung etwa zur Erwerbsintegration von Erwerbsgeminderten (z. B. Kunze/Benöhr 2013, Zschucke et al. 2015). Diese Modellprojekte können über die Möglichkeiten und Grenzen der Aktivierung von Erwerbsgeminderten sowie zu den Möglichkeiten und Grenzen der Handlungsmöglichkeiten der Rentenversicherung Aufschluss geben, aber gerade aufgrund ihres Charakters als Modellprojekt bilden sie nicht das Standardhandeln innerhalb der Organisation ab.

verstehen, warum anhand der Resultate in der Rentenbewilligung wenig Anzeichen für eine – rentenrechtlich vorgezeichnete – aktivierende Begutachtung und Rentenbewilligung zu erkennen sind.

Die Rentenversicherung am „Ende der Versorgungskette“

Wer einen Renten Antrag oder auch einen Reha-Antrag stellt, hat in der Regel bereits eine längere Geschichte zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen durchlaufen. Ärztliche und individuelle Bemühungen haben bereits mehr oder weniger intensiv stattgefunden. Wo dies nicht der Fall war, ist es schwer, Versicherte zu motivieren, Ärzte über Akutbehandlungen hinaus einzubeziehen und/oder die eigene Lebensweise umzustellen. So ist es zu verstehen, wenn eine Leitende Ärztin der Rentenversicherung einschätzt: „Wir sind als Rentenversicherung mit der Rehabilitation schon relativ weit am Ende der Versorgungskette“ (011RV, 20). Dies gilt nicht nur aus der Perspektive des oder der Versicherten, sondern auch aus der Perspektive des Institutionengefüges. Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung sind zwar nicht immer der zuständige Rehabilitationsträger – dies kann auch unmittelbar die Rentenversicherung sein –, aber zumindest werden bei Ärzten und Arbeitsvermittlern gesundheitliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von Versicherten eher sichtbar. Häufig geht von diesen Stellen der Anstoß für eine Antragstellung bei der Rentenversicherung aus, und dies erfolgt aus deren Perspektive dann, wenn es zumindest Anhaltspunkte für eine bestehende oder drohende Erwerbsminderung gibt.

Hinzu kommt, dass die Rentenversicherung nicht nur „am Ende der Versorgungskette“ steht, also die „letzte“ Instanz ist, die eine *drohende* Erwerbsminderung abwenden soll. Sie ist zudem die Instanz, die bei einer *bestehenden* Erwerbsminderung zuständig ist (auch bei fehlenden rentenrechtlichen Voraussetzungen und der Zuständigkeit der kommunalen Grundsicherung ist es die Rentenversicherung, die die Erwerbsminderung feststellt). Die Äußerung eines Mitarbeiters der Rentenversicherung steht für viele ähnlich lautende Stellen in anderen Interviews: „Man wird nicht jede EMI-Rente [Erwerbsminderungsrente] durch eine Reha verhindern können, da muss man sich einfach drüber im Klaren sein“ (121RV, 263). Der sozialpolitische Auftrag der Rentenversicherung besteht in der Absicherung bei fehlender Erwerbsfähigkeit. Gerade in dem „versicherungsorientierten“ Herangehen der Rentenversicherung hat sich dies deutlich gezeigt ([siehe Kapitel 5](#)).

Unter dem Gesichtspunkt, dass die Rentenversicherung am Ende der Versorgungskette steht und sich EM-Rentenfälle nicht immer vermeiden lassen, ist die Wirkung von aktivierenden Elementen von vornherein begrenzt.

ter, als sie im Gesundheitssystem und der unmittelbaren Arbeitsverwaltung sein können. Nicht von vornherein plausibel ist jedoch, dass eine Verstärkung der aktivierenden Elemente nicht zu einer Reduzierung von Erwerbsminderungsrenten oder zu einer deutlicheren Verbindung von Erwerbstätigkeit, Beschäftigungsmöglichkeiten und (teilweiser) Erwerbsminderung führt.

Fehlende Motivation/fehlende Aussicht auf Erfolg

Die Versicherten „stellen einen Rentenanspruch, um Rente zu kriegen“ – mit diesen Worten drückt ein erfahrener Jurist der Rentenversicherung aus, dass sich das Ziel der Antragsteller ganz überwiegend auf die Erwerbsminderungsrente und nicht auf eine Erwerbsintegration bzw. Rehabilitation richtet (006RV, 96). Widersprüche und Klagen entzündeten sich an ablehnenden Entscheidungen, nicht an unterlassener Arbeitsförderung. Ob zu einer Antragstellung durch Krankenkassen bzw. Arbeitsagentur aufgefordert wurde, wird im Antrag erfasst und anscheinend auch von den sozialmedizinischen Gutachter_innen wahrgenommen. In erster Linie wird die Antragstellung nach Aufforderung dahingehend von den Mitarbeiter_innen der Rentenversicherung interpretiert, dass die Leistungen der auffordernden Sozialleistungsträger (Krankengeld und Arbeitslosengeld) in der Regel höher sind als eine eventuell zu bewilligende Erwerbsminderungsrente, die von einem anderen Träger, nämlich der Rentenversicherung, zu übernehmen ist. Daraus ergibt sich das Interesse der Sozialleistungsträger, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Erwerbsminderungsrente möglichst rasch festgestellt wird und Krankenkassen und Arbeitsagentur aus ihren Zahlungsverpflichtungen entlassen werden. Umgekehrt besteht für die Versicherten aus demselben Grund das Interesse, den Beginn der Erwerbsminderungsrente hinauszuzögern. In zweiter Linie wird eine Antragstellung nach Aufforderung durch die Gutachter_innen der Rentenversicherung auch so gedeutet, dass das Renteninteresse möglicherweise nicht sehr ausgeprägt ist.

Ausschlaggebend für das Gutachtervotum ist die Einschätzung der Gutachterin bzw. des Gutachters und nicht das Interesse des oder der Versicherten. Die Frage nach der Erwerbs- bzw. Rentenmotivation sind nicht Bestandteil des Gutachtens und der verwendeten Formulare. Im Begutachtungsgespräch und während der Untersuchung verschaffen sich die Gutachter_innen hierzu aber oft einen Eindruck. Durchweg verneinen die Gutachter_innen, dass es eine „Rente auf Wunsch“ geben würde. Die Gutachter_innen folgen eher Wünschen der Versicherten, wenn sie darauf gerichtet sind, eine Rente zu vermeiden, und beziehen eine vorhandene Erwerbsmotivation als begünstigenden, die Erwerbsfähigkeit stärkenden,

Faktor mit ein. Umgekehrt gilt das hingegen nicht, d.h. ein erkennbarer Wunsch nach einer Erwerbsminderungsrente geht nicht in die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ein. Allerdings bewerten sie die Chancen, dass Angebote für eine Arbeitsförderung auf Interesse stoßen können, unter diesen Bedingungen als schlecht.

Doch es ist nicht nur die fehlende Motivation vieler Versicherter allein, die einer integrationsorientierten Begutachtung entgegensteht. Auch die Gutachter_innen sehen generell wenig Potenzial für eine Begutachtung und Arbeitsförderung, die wieder in Erwerbstätigkeit zurückführt. Dies zeigt sich beispielsweise in dem Zitat des oben genannten „erfahrenen Juristen der Rentenversicherung“: Längst nicht immer wird tatsächlich ein *Renten*antrag gestellt; vielfach führen umgedeutete Reha-Anträge zu einer Erwerbsminderungsrente. Aber auch auf einer generalisierten Ebene deuten die Ergebnisse von Modellprojekten der Rentenversicherung einer leitenden Ärztin zufolge darauf hin, dass das Potenzial von Erwerbsgeminderten, das durch verstärkte Förderangebote zum Versuch einer Erwerbsintegration bewogen werden könnte, zumindest bislang gering ist:

„Also es gibt ganz viele [Gutachter_innen], die sagen uns [...]: ‚Also wenn einer mal in der Erwerbsminderungsrente ist, lasst das mal sein. Ihr werdet keinen Blumentopf gewinnen.‘ Das, was wir bis jetzt so an Ergebnissen aus Studien sehen, scheint das auch in die Richtung zu laufen“ (011RV, 88).

Orientierung auf Leistungsfähigkeit ohne Arbeitsmarktbezug

Die verbreitet skeptischen Einschätzungen zu den Erwerbchancen durch die Gutachter und Entscheider der Rentenversicherung sind nicht so zu verstehen, dass sie von vornherein darauf orientiert sind, eine Erwerbsminderung festzustellen oder gar den Verrentungsinteressen der Antragsteller, wo sie bestehen, nachzugeben. Auch den Gutachtern und Entscheidern ist – wie den Fachkräften in Arbeitsagenturen und Jobcentern – bekannt, dass Erwerbsminderungsrenten oft niedrig ausfallen und schon deshalb nicht attraktiv sind. Doch die Rentenversicherung kann weniger, als die Arbeitsagenturen und Jobcenter es können, Perspektiven der Arbeitsmarktintegration aufzeigen, weil die Beschäftigungschancen und Anforderungsprofile kaum bekannt sind. Dies wird exemplarisch deutlich in der Erzählung eines Gutachters, die hier als längeres Zitat wiedergegeben werden soll.

„Ich bin als Arzt kein Kenner der Arbeitswelt und der Erwerbswelt, aber es ist klar z.B. dass ein Dachdecker, der sein Leben lang als Dachdecker gearbeitet hat und jetzt eine Blutdrucksituation hat, die dazu führen könnte, dass er Schwindelerscheinungen hat – dass der nicht mehr aufs Dach kann, ist klar.

Aber das wäre dann eine juristische Geschichte, die dort entschieden werden muss. Wir sind keine Entscheider. Wir stellen nur fest, das Leistungsvermögen ist für die letzte Tätigkeit nicht mehr gegeben. [...] (133RV, 127)

Für uns ist nur interessant, letzte Tätigkeit, was war das? Und ob er die jetzt tatsächlich ausüben kann vom Berufsbild her, da müssen wir auch ganz zart da rangehen. Wenn es eindeutig ist, dann können wir das votieren. Aber die sonstigen Berufsbilder, die sind mir nicht vertraut und die wechseln ja auch im Laufe der technischen Veränderungen. Es gibt beispielsweise keine Buchdrucker mehr. Auch die CNC-Dreher, das ist auch schon fast raus. Das heißt, diesen Wechsel, den können wir nicht aufarbeiten [...] (133RV, 129)

Und dann wird punktuell beim Leistungsvermögen kreiert und dann kann gekuckt werden, der Arbeitsvermittler oder der Berufskundler oder Arbeitsmediziner wie auch immer, der kann dann sagen, unter Ausschluss dieser Kriterien könnte er so eine Tätigkeit machen. Dabei orientiere ich mich nicht daran, danach bin ich nicht gefragt, ob es diesen Arbeitsplatz tatsächlich gibt. Das ist nicht mein Auftrag. Und so dreht sich das andersherum. Ich muss nicht das Anforderungsprofil haben, sondern ich erstelle, designe quasi mit Ausschlusskriterien eine Tätigkeit.“ (133RV, 139).

Es wird deutlich, dass die Einschätzung der Leistungsfähigkeit nur mit großer Zurückhaltung („zart rangehen“) in eine berufliche Leistungsfähigkeit übersetzt wird, also in eine Leistungsfähigkeit, in der nicht beliebige, sondern ganz bestimmte Anforderungen in vorstrukturierten Kombinationen („Anforderungsprofile“) zu erfüllen sind. Und davon wiederum getrennt ist der Schritt, ob die berufliche Leistungsfähigkeit bzw. das individuelle Arbeitsvermögen tatsächlich in Erwerbstätigkeit umgesetzt werden kann. Dies einzuschätzen ist nicht der Auftrag der sozialmedizinischen Begutachtung. Doch ein Abgleich mit den Erwerbchancen wäre erforderlich, um die Erwerbsintegration tatsächlich zu bewerkstelligen.

Die Beschränkung des Auftrags für die sozialmedizinischen Gutachter auf die Feststellung der Leistungsfähigkeit unter Vernachlässigung der sich daraus ergebenden Erwerbchancen ist charakteristisch für die sozialmedizinische Begutachtung und wird akzeptiert, auch wenn Gutachter selbst sehen, dass sie damit nur zu einem Teil einer längeren Strecke beitragen.

„Wir betrachten ja den Arbeitsmarkt [...] *abstrakt*. Natürlich liest man das manchmal [in den Gutachten]: Der ist den Leistungsanforderungen auf dem jetzigen Arbeitsmarkt nicht gewachsen. Aber es gibt andersrum ja doch auch Arbeitsplätze, wo das eben möglich wäre. Aber [...] die Arbeitsmarktsituation [...] kann nicht für die Rentenentscheidung maßgebend sein. Und das ist auch wichtig, [...] Natürlich ist uns auch bewusst, wenn wir sagen oder gefragt werden von der Verwaltung, ob jemand als Pförtner eingesetzt werden kann, dass es da wenig Chance gibt, aber das ist eben die Sache der Arbeitsverwaltung.“ (208RV, 80).

Den Akteuren in der sozialmedizinischen Begutachtung kommt eine besondere Bedeutung zu, weil sie die Personen sind, die die Antragsteller sehen und mit ihnen persönlich kommunizieren. Um den aktivierenden Impulsen im Erwerbsminderungsrentenrecht gerecht zu werden – erst recht in dem fraglichen Personenkreis mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit – sind die persönliche Kenntnis von Einzelfällen, Kenntnis von Arbeitgebern und Kenntnisse in der Gestaltbarkeit von Arbeitsplätzen erforderlich. Dies alles bereitzuhalten würde die sozialmedizinische Begutachtung in der praktizierten Form überfordern. Der oben zitierte Gutachter verwies folgerichtig auf andere Akteure (Arbeitsvermittler, Berufskundler, Arbeitsmediziner). Der Entscheidungsprozess über die Bewilligung des Reha- bzw. Rentenanspruchs ist durch sozialmedizinische Gutachter und juristische Entscheider geprägt. Konkrete Wege zur Erwerbsintegration können sie nicht weisen.

Verschlossenheit des Arbeitsmarktes wird unterstellt, nicht geprüft

Die sozialmedizinischen Gutachter prüfen die Leistungsfähigkeit ohne Arbeitsmarktbezug, und die juristischen Entscheider haben regelmäßig keinen persönlichen Kontakt zum Antragsteller. Es gehört nicht zu den Aufgaben der Gutachter, die Arbeitsmarktchancen zu prüfen, und die juristischen Entscheider haben keine Möglichkeiten zur Einzelfallentscheidung. „Wir kennen ja die freien Arbeitsplätze gar nicht und wir kennen die Situationen auf dem Arbeitsmarkt nicht“ (204RV, 88).

Folglich wird auch die „Verschlossenheit“ des Arbeitsmarktes – fehlende Teilzeitarbeitsplätze bei teilweiser Erwerbsminderung und paralleler teilweiser Erwerbsfähigkeit – nicht einzelfallbezogen geprüft. Vielmehr wird von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen, wenn der Antragsteller arbeitslos ist. Ein strukturelles Merkmal – die Beschaffenheit des Arbeitsmarktes und die Chancen im Arbeitsmarkt – wird anhand des aktuellen individuellen Zustands der Beschäftigungslosigkeit⁸³ der Antragsteller bestimmt. In den Interviews mit Beschäftigten der Rentenversicherung, die sowohl strategisch-konzeptionell als auch als Entscheider tätig waren, wurde dies nicht unkritisch gesehen. Zum einen wird bemängelt, dass sich die Rentenversicherung auf Informationen anderer Stellen (Arbeitsagentur) verlassen muss, und diese können veraltet oder nicht detailliert genug sein und aktuelle Entwicklungen

83 Wie in Kapitel 5 dargestellt, wird von einem verschlossenen Arbeitsmarkt nicht nur bei Arbeitslosigkeit, sondern auch bei Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, wenn der Arbeitgeber nicht in der Lage ist, im Betrieb einen passenden Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung zu stellen.

nur mit zeitlicher Verzögerung abbilden. Zum Zweiten liegt die Möglichkeit eines Verschiebeparkplatzes nahe, denn zumindest ein Teil jener, die aufgrund eines verschlossenen Arbeitsmarktes eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten, könnten vielleicht doch in Beschäftigung vermittelt werden.

Zur Rechtfertigung wurde auf das Massengeschäft hingewiesen, welches eine Einzelfallprüfung nicht erlaube, aber aus praktischen Gründen eine generalisierte Lösung erfordere. Zudem sind der konkreten Überprüfung von Teilzeitmöglichkeiten enge Grenzen gesetzt, denn hierfür wären die ggf. vorhandenen Arbeitgeber der Antragsteller einzubeziehen, die aber wiederum zu einer Mitwirkung durch die Rentenversicherung (unabhängig vom Antragsteller) kaum verpflichtet werden können.

Befristete Erwerbsminderungsrenten: ohne Bezug auf veränderte Arbeitsmarktlagen

Auch über die Befristung einer Erwerbsminderungsrente wird vor allem aufgrund der sozialmedizinischen Begutachtung entschieden und nicht aufgrund von Arbeitsmarktchancen. Dies gilt ebenso für die erneute Begutachtung, die beim Auslaufen der Befristung fällig wird.

Befristete Erwerbsminderungsrenten werden nicht automatisch verlängert. Stets ist ein erneuter Antrag zu stellen. Aber der Entscheidungsprozess ist vereinfacht. Wenn festgestellt wird, dass sich die Leistungsfähigkeit nicht verbessert hat, wird die Rente erneut bewilligt. Frühere Einschätzungen werden als gültig akzeptiert und nicht nachträglich revidiert.

„Wir wissen ja, einmal Rente ist immer Rente. Also nicht wirklich, aber im praktischen Leben [ist das so] und dann ist es ganz schwer zu sagen, also damals hat der Außengutachter das vielleicht etwas zu großzügig gesehen“ (201RV, 55).

Ebenso wenig wie bei der ursprünglichen Bewilligung werden bei der Verlängerung Arbeitsmarktchancen berücksichtigt. Eine verbesserte Arbeitsmarktlage führt nicht zu einer Neubewertung der Erwerbsminderung. Dies ist nur konsequent, denn in die Beurteilung der Leistungsfähigkeit wird die Arbeitsmarktlage auch bei der erstmaligen Gesundheitsprüfung nicht einbezogen. Anders wäre es vielleicht, wenn aufgrund von Innovationen in der Arbeitsgestaltung Tätigkeiten wieder ausführbar werden, die – bei unveränderter individueller Leistungsfähigkeit – bislang nicht ausführbar waren. Hierfür müssten die Gutachter aber detaillierte berufskundliche und arbeitsplatzbezogene Kenntnisse haben, über die sie aber in dieser Genauigkeit und Aktualität nicht verfügen, und auf die sie auch nicht trainiert sind, da sie den allgemeinen Arbeitsmarkt (und nicht bestimmte Tätigkeiten) ihrer Bewer-

tung zugrunde legen sollen. Zwar wird in den Daten der Rentenversicherung registriert, wie viele Erwerbsminderungsrenten befristet werden, doch es wird nicht registriert, wie viele Erwerbsminderungsrenten verlängert werden und welchen weiteren Verlauf die Personen nehmen, deren befristete Erwerbsminderungsrente ausgelaufen ist.

Allerdings setzen einige Modellprojekte der Rentenversicherung genau beim Auslaufen der befristeten Erwerbsminderungsrente an, indem auf freiwilliger Basis die Chancen zur Integration in Beschäftigung und Unterstützungsmöglichkeiten hierfür geprüft werden. Wie oben dargestellt, wird das Potenzial, erneute Erwerbsminderungsrenten zu vermeiden, eher gering bewertet.

Eher wird die Befristung bewertet als eine Möglichkeit, auf Verbesserungen im Leistungsvermögen einzugehen. Die Ursache einer Erwerbsminderung, etwa eine schwere Operation mit sehr langer anschließender Erholung, kann von vornherein vorübergehend sein. Medizinische Fortschritte können nicht antizipierte Heilungsprozesse ermöglichen. Faktisch scheint dies aber nur eine geringe Rolle zu spielen; in den Interviews wurde zumindest der zusätzliche Aufwand für die Gutachten stärker betont. In einem der untersuchten Fälle wurde deshalb administrativ darauf hingewirkt, nach Möglichkeit nicht unterhalb einer Bewilligungsdauer von 12 Monaten zu votieren.

Keine Kooperation mit der öffentlichen Arbeitsvermittlung mit dem Ziel der Erwerbsintegration

Im Antragsprozess und während des Rentenbezugs gibt es seitens der Rentenversicherung keine Kooperationen mit der Bundesagentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter, die zum Ziel hatten, die individuellen Erwerbschancen des Antragstellers abzuklären. Wie in [Kapitel 5](#) dargestellt, beschränkt sich die fallbezogene Interaktion auf das Einholen vorliegender Gutachten und die – überwiegend informelle – Auflösung divergierender Einschätzungen zur Leistungsfähigkeit. Da die Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt ohne Bezug auf konkrete Tätigkeiten und potenzielle Arbeitgeber vorzunehmen ist, ist ein solcher Kontakt zur öffentlichen Arbeitsvermittlung in der sozialmedizinischen Begutachtung nicht vorgesehen. In der Bearbeitung der rentenrechtlichen Entscheidung durch die Entscheider (Prüfen der rentenrechtlichen Voraussetzungen, Entscheiden über die sozialmedizinischen Votierungen, Festlegen des Eintrittsdatums der Erwerbsminderung) spielen die individuellen Beschäftigungsmöglichkeiten keine Rolle; zudem gibt es in der Regel keinen persönlichen Kontakt zum Antragsteller.

6.1.4 Fazit: Möglichkeiten und Grenzen der Aktivierung gesundheitlich eingeschränkter Personen durch die Rentenversicherung

Die Reform des Erwerbsminderungsrentenrechts hat vorhandene Elemente verstärkt und neue Elemente eingeführt, die dem Aktivierungsparadigma in der Sozialpolitik entsprechen und darauf gerichtet sind, stärker als zuvor auf die Integration in Erwerbstätigkeit hinzuwirken. Neben dem traditionellen Grundsatz „Reha vor Rente“ und der Möglichkeit von Teilrenten gehören hierzu vor allem die grundsätzliche Befristung von Erwerbsminderungsrenten und die – durch den Wegfall der Berufsunfähigkeitsrenten (für Personen, die nach dem 01.01.1961 geboren wurden) – ausschließliche Orientierung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zur Feststellung der Leistungsfähigkeit. Diese Änderungen lassen sich als überwiegend „re-kommodifizierend“ verstehen. Dies wird verstärkt durch oftmals sehr niedrige Zahlbeträge von Erwerbsminderungsrenten, die nicht existenzsichernd sind, welche aber nur zum geringeren Teil aus der Rentenreform herrühren, sondern eher in unstetigen und schlecht versicherten Erwerbsverläufen vieler Bezieher_innen von Erwerbsminderungsrenten begründet sind.⁸⁴

Damit stellt sich die Frage, wie diese aktivierenden Elemente des Erwerbsminderungsrentenrechts in die Abläufe und das Handeln derjenigen „übersetzt“ werden, die mit der Rentenbewilligung befasst sind. Es ist zu betonen, dass hier nicht Rehabilitationen betrachtet werden, zweifellos ein wichtiger Bestandteil zur Re-Integration von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in den Arbeitsprozess. Der Fokus der vorliegenden Auswertung liegt vielmehr auf der Bearbeitung eines Rentenanspruchs, der Feststellung der Leistungsfähigkeit und der Aktivierung im (befristeten) Rentenbezug.

Die Auswertung der Interviews mit Führungskräften der Rentenversicherung, den Entscheidern und den sozialmedizinischen Gutachtern zeigt, dass wichtige Elemente des aktivierenden Erwerbsminderungsrentenrechts gewissermaßen ins Leere laufen.

Gründe für die Einschätzung, dass wichtige aktivierende Elemente im Erwerbsminderungsrentenrecht ohne praktische Bedeutung für die Erwerbschancen bleiben, sind durch ganz unterschiedliche Mechanismen bedingt. Sie liegen zum einen in der Zuständigkeit der Rentenversicherung für die

84 In den Jahren nach 2005 fielen die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge in der EM-Rente auch wegen des starken Zustroms von Arbeitslosengeld II-Beziehenden in die EM-Rente niedrig aus. Bis zum 31.12.2011 waren Arbeitslosengeld II-Beziehende rentenversichert.

Sicherung bei Erwerbsminderung, wodurch die Perspektive auf den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen eine andere ist als in der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Diese Zuständigkeit bedingt, dass die Rentenversicherung mit Antragstellern zu tun hat, die oft bereits lange in Behandlungs- und Begutachtungsprozessen (und teilweise auch in Reha- und Aktivierungsmaßnahmen) waren. Diese Zuständigkeit bedingt auch, dass Beschäftigte in der Rentenversicherung die Chancen für eine Erwerbsintegration auf dieser Stufe des Verfahrens generell für gering bewerten.

Die Organisation des Rentenverfahrens bedingt, dass lediglich die sozialmedizinischen Gutachter persönlichen Kontakt zu den Antragstellern haben; im Fall der Begutachtung nach Aktenlage nicht einmal sie. Die sozialmedizinischen Gutachter sind aber nicht damit beauftragt, noch dafür ausgebildet und geschult, die Erwerbschancen zu prüfen. Persönlicher Kontakt zu den Antragstellern ist erst recht bei erheblichen Leistungseinschränkungen unerlässlich, um einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden. Derartige Kenntnisse und Erfahrungen liegen bei der öffentlichen Arbeitsvermittlung (Arbeitsagenturen und Jobcenter) und weiteren externen Dienstleistern, die aber in das Rentenverfahren nicht einbezogen sind. Und so wie sich die Feststellung der Erwerbsfähigkeit allein an der Leistungsfähigkeit des Antragstellers und nicht an konkreten Arbeitsplätzen orientiert, so spielen auch Verbesserungen in der Arbeitsmarktlage keine Rolle im Begutachtungsverfahren. Sowohl die Teilrenten als auch die Befristung von Renten ist strikt an medizinischen Kriterien ausgerichtet. Die Verschllossenheit des Arbeitsmarktes (Voraussetzung für die Umwandlung von Teilrenten in Vollrenten) wird nicht individuell geprüft, sondern anhand generalisierter Kriterien festgestellt.

Damit werden vorliegende Studien, die für Deutschland nur einen schwachen Zusammenhang von Arbeitsmarktlage und Erwerbsminderungsrentenzugang im internationalen Vergleich sowie im innerstaatlichen regionalen Vergleich ergeben haben, bestätigt.

Wie könnte eine angemessene Aktivierung bzw. eine „Politik der Befähigung“ aussehen? Die vorliegenden Ergebnisse geben dazu vier Hinweise.

Erstens gewinnt der Appell an die Eigenverantwortung, wie er für die aktivierende Sozialpolitik typisch ist, an Glaubwürdigkeit, wenn Angebote zur beruflichen Integration unterbreitet werden können. Im vorliegenden Fall müssten dies Angebote zur Erwerbsteilhabe sein, die dem gesundheitlichen Leistungsvermögen angemessen sind. Aus der Erfahrung betrieblicher Personalverantwortlicher und von Fallmanagern bei Reha-Dienstleistern und in der öffentlichen Arbeitsvermittlung sind solche Angebote selten. Sie sind aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Zweitens wäre zu überlegen, wie Arbeitsvermittler bzw. Arbeitsberater systematisch in den Begutachtungsprozess eingebunden werden können. Die Tatsache, dass oft über die Erwerbsfähigkeit entschieden wird, ohne mit dem Antragsteller oder der Antragstellerin direkt zu sprechen, versperrt eine angemessene Aktivierung. Hierfür bedarf es einer persönlichen Kommunikation.

Drittens sollten über eine fallbezogene Zusammenarbeit von Expert_innen, die für die Begutachtung bzw. die Erwerbsintegration zuständig sind, Formen einer generalisierten Zusammenarbeit zwischen beiden Professionen entwickelt werden. Diese scheint es vereinzelt bereits zu geben, spielte aber für die von uns befragten Beschäftigten in der Rentenversicherung und der Arbeitsvermittlung keine Rolle.

Viertens sollten Übergänge aus Erwerbstätigkeit in Erwerbsminderungsrente für solche Personen erleichtert werden, die bereits als erwerbsgemindert anerkannt sind und sich in einer Erwerbstätigkeit (erneut) erproben wollen. Die Aussicht, dass nach einem Scheitern eines Integrationsversuchs der Status als erwerbsgemindert erneut und mit ungewissem Ausgang überprüft wird, dürfte die Betroffenen daran hindern, einen entsprechenden Versuch zu starten.

6.2 Mechanismen der Zugangssteuerung

6.2.1 Einleitung

In diesem Unterkapitel sollen zusammenfassend die Mechanismen benannt werden, die die Zugänge in Erwerbsminderungsrenten steuern. Hierfür wird sowohl auf die theoretischen Konzepte, wie sie in [Kapitel 2](#) entwickelt wurden, als auch auf die Rekonstruktion der Zugangssteuerung auf Basis des empirischen Materials in [Kapitel 5](#) zurückgegriffen. Es wird danach gefragt, wie tragfähig die theoretischen Konzepte sind.

Zunächst ist aber festzuhalten, dass sich zwei naheliegende und weit verbreitete Vorstellungen zur Zugangssteuerung nicht bestätigt haben, die man als fiskalisch motivierte Interessentheorie einerseits und als institutionellen Determinismus andererseits bezeichnen könnte. Mit fiskalisch motivierter Interessentheorie ist die Auffassung gemeint, dass jeder der beteiligten Leistungsträger (Krankenkassen, Arbeitslosenversicherung/Grundsicherung und Rentenversicherung) praktisch ohne den Einzelfall zu prüfen hauptsächlich daran interessiert ist, die Zuständigkeit für die Leistung abzuwälzen und dadurch Kosten zu sparen. Idealerweise würde dies geschehen, indem die

Betroffenen in versicherungspflichtige Beschäftigung integriert werden würden. Aus Leistungsbeziehenden würden Beitragszahlende, und statt Ausgaben würden Einnahmen entstehen. Da bei der fraglichen Personengruppe von Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen eine Integration in Beschäftigung nur schwer zu erreichen ist, würden fiskalisch motivierte Interessen in erster Linie zu einem „Abschieben“ zu einem anderen Leistungsträger führen. Dies wird oft als „Verschiebebahnhof“ bezeichnet.

Kritisch gegen diese Auffassung ist einzuwenden, dass sie unterstellt, dass die Sozialleistungsträger ein vorherrschendes Interesse hätten, das alle weiteren Interessen dieses Sozialleistungsträgers dominieren würde. Das trifft in dieser Eindeutigkeit nicht zu, wie die vorliegende Untersuchung zeigt. Gewiss haben Sozialleistungsträger ein starkes Interesse an sparsamer Mittelverwendung, aber sie haben ebenso ein Interesse daran, ihre sachlichen Ziele zu erreichen und setzen dafür erhebliche Finanzmittel ein. Zudem wird unterstellt, dass die dominanten Interessen der Sozialleistungsträger untereinander konträr seien. Auch in diesem Punkt weisen die Untersuchungsergebnisse in eine andere Richtung: Die Interessen der Sozialleistungsträger sind komplex und keinesfalls ausschließlich konträr. Zudem unterschätzt diese Auffassung die Bindung der Akteure an die rechtlichen Vorgaben, die ein „Ausleben“ der fiskalischen Interessen begrenzen.

Gerade die rechtlichen Vorgaben werden in der zweiten Auffassung, dem institutionellen Determinismus, betont. Demnach sind im gegliederten System der Sozialleistungsträger die Zuständigkeiten, Reihenfolgen und Verfahren bei Divergenzen zwischen den Sozialleistungsträgern rechtlich geregelt. Dieser Auffassung zufolge würde es genügen, Regelungslücken zu schließen bzw. bei bestehendem Reformbedarf neue Regelungen zu erlassen. Hier wird davon ausgegangen, dass das niedergeschriebene Recht mit der geübten Praxis übereinstimmt. Um die Zugangssteuerung zu verstehen, würde es demnach genügen, das Sozialgesetzbuch bzw. die in [Kapitel 4](#) erläuterten Rahmenbedingungen zu studieren. Gegen diese Auffassung lassen sich zwei sehr grundlegende Argumente vorbringen: Zum einen überschätzt diese Auffassung den Willen und die Fähigkeit der beteiligten Akteure zu Rechtsänderungen, seien sie auf Klarstellungen oder Reformen gerichtet.⁸⁵ Und zum

85 Praktisch von Anbeginn der Erwerbsminderungsrente gibt es Zweifel an der Objektivität, Gültigkeit und Verlässlichkeit des sozialmedizinischen Gutachterwesens, die zu Zweifeln geführt haben, ob diese Aufgabe bei der Medizin überhaupt richtig verortet wäre (Stone 1982), und diese Diskussionen setzen sich bis heute fort. Man muss dazu keine Position beziehen, um festzustellen, dass sich eine medizinisch-juristische Arbeitsteilung etabliert hat, die trotz aller Probleme Bestand hat.

Zweiten unterschätzt diese Auffassung, dass rechtliche Bedingungen immer wieder durch das Handeln der Akteure angeeignet, interpretiert und umgesetzt werden müssen. Akteure handeln innerhalb des rechtlich vorgegebenen Rahmens, aber es ist eben ein Rahmen vorgegeben, und keine Spur.

Dies soll nicht heißen, dass eine fiskalisch motivierte Interessentheorie und der institutionelle Determinismus prinzipiell untauglich zum Verständnis der Mechanismen der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten wären. Beide Mechanismen wirken, aber es müssen auch die Grenzen der auf beiden Mechanismen beruhenden Erklärungen gesehen bzw. zusätzliche Mechanismen benannt werden. Weil die fiskalisch motivierte Interessentheorie und der institutionelle Determinismus einfach zu verstehen sind und eine unmittelbare Plausibilität besitzen, sind sie vermutlich in stark kontrastierenden Untersuchungssettings geeignet, also in internationalen und historischen Vergleichen sowie für die Analyse sichtbarer, klar identifizierbarer Politikänderungen („Reformen“). Damit ist zugleich gesagt, dass beide Mechanismen zur Analyse des Alltagsgeschäfts in der Zugangssteuerung wenig geeignet sind. Um jedoch das begrifflich-theoretische Instrumentarium darüber hinaus zu schärfen, bietet sich ein anderes Untersuchungssetting an. Im vorliegenden Fall wird die Zugangssteuerung im innerstaatlichen regionalen Vergleich untersucht, was den Fokus auf binnenorganisatorische und zwischenorganisatorische Abstimmungsprozesse lenkt. Die Untersuchungsfrage dieses Unterkapitels richtet sich mithin auf die Abstimmungsprozesse zwischen unterschiedlichen Akteuren innerhalb und zwischen den Organisationen, die mit der Feststellung einer Erwerbsminderung befasst sind.

Das Unterkapitel ist wie folgt aufgebaut: Es wird zunächst an das Entscheidungsfeld der Zugangssteuerung aus professionstheoretischer Sicht und an das Entscheidungsfeld aus organisationssoziologischer Sicht erinnert. Anschließend werden beide Perspektiven miteinander kombiniert. Das Unterkapitel endet mit einem kurzen Fazit.

6.2.2 Das Entscheidungsfeld aus professionstheoretischer Sicht

Das Entscheidungsfeld ist durch zwei klassische Professionen gekennzeichnet – Medizin und Recht –, zu denen eine dritte Profession tritt, nämlich die professionelle Unterstützung bei der Integration in Beschäftigung.⁸⁶ In den

⁸⁶ Es mag ungewohnt erscheinen, die Arbeitsvermittlung als Profession zu bezeichnen. Zum Professionsbegriff siehe [Kapitel 2](#).

untersuchten Organisationen – Rentenversicherungen, Arbeitsagenturen und Jobcentern und am Rande auch die Krankenkassen – sind jeweils alle drei Professionen vertreten, aber mit unterschiedlichem Gewicht (siehe Tabelle 10). Die vorliegende Untersuchung konzentrierte sich auf das Zusammenspiel von Recht und Medizin in der Rentenversicherung mit Medizin, Recht und Arbeitsvermittlung/Fallmanagement in der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Relevante Bereiche, insbesondere die Arbeitsförderung im Bereich der Rentenversicherung in Gestalt der Rehabilitation sowie der Bereich der Krankenkassen wurden nur am Rande abgedeckt.

Die *Mediziner_innen* übernehmen die sozialmedizinische Begutachtung des Leistungsvermögens der Antragsteller_innen. Ihnen kommt eine entscheidende Bedeutung zu, denn sie stellen die Leistungsfähigkeit fest. Ihre Entscheidungen werden von weiteren Entscheidungsbeteiligten im weiteren Verlauf nur selten bezweifelt. Andere Entscheidungsträger_innen, aber auch die Antragsteller_innen, können das Votum der sozialmedizinischen Gutachter_innen kaum prognostizieren. Diese Ungewissheit bzw. Entscheidungsautonomie trägt zu dem Eindruck von Außenstehenden bei, dass die Gutachter_innen einen weiten Beurteilungsspielraum haben. Ein weiter Beurteilungsspielraum ist jedoch nicht intendiert. Durch Stellvertreter-Lernen, Muster-Gutachten, Monitoring und Erfahrungsaustausch wird darauf hingewirkt, dass unterschiedliche Gutachter_innen identische Fälle gleich entscheiden. Die Gutachter_innen betonen den hohen Stellenwert von Erfahrung für ihre Tätigkeit, räumen aber ebenso ein, dass sich persönliche Haltungen zu Erwerbstätigkeit und Rentenbezug, aber auch individuelle Erfahrungen zum Umgang mit Krankheiten und Einschränkungen auf die Gutachtertätigkeit auswirken und sich nicht vollständig eliminieren lassen. Insofern bleibt in dem Gutachten eines einzelnen Mediziners eine gewisse Unschärfe, die sich – im Fall eines Widerspruchs bzw. einer Klage – am ehesten durch ein zweites Gutachten klären lässt.

Die sozialmedizinischen Gutachter_innen haben durchweg eine Facharzt-ausbildung und meist Zusatzqualifikationen durchlaufen. Sie sind darüber hinaus – oftmals in einem strukturierten Prozess – für die Begutachtungstätigkeit geschult. Sie verfügen über spezialisierte Qualifikationen. Zur Profession der sozialmedizinischen Gutachter_innen gehört auch, dass ihre Berufsrolle sowohl gegenüber den Versicherten als auch im Antragsverfahren klar ist. Ihr Auftrag besteht nicht in der Therapie, sondern in der Feststellung der aktuellen und Prognose der künftigen Leistungsfähigkeit. Zu ihrer starken Professionalität trägt auch ihre Autonomie bei. Sowohl in der Rentenversicherung, als auch in der öffentlichen Arbeitsvermittlung stellen die sozialmedizinischen Dienste eigene Organisationseinheiten dar.

Organisationale Verankerung der Professionen

	Renten- versicherung	Arbeits- agenturen	Jobcenter	Kranken- kassen
Medizin	Sozialmedizinische Begutachtung	Ärztlicher Dienst	Ärztlicher Dienst/ Amtsärzte	Ärztlicher Dienst/ MDK
Recht	Sachbearbeitung	Leistungsabteilung	Leistungsabteilung	Leistungs- abteilungen
Fallma- nagement	Rehabilitation	Arbeitsvermittlung	Arbeitsvermittlung	Rehabilitation

Quelle: eigene Darstellung.

Zusatzqualifikationen und Berufsrolle unterscheiden die sozialmedizinischen Gutachter_innen – neben der eigentlichen Tätigkeit – von anderen Ärzt_innen, insbesondere niedergelassenen Fachärzt_innen und Hausärzt_innen. Gerade Letzteren wird insbesondere von den juristischen Entscheidungsträger_innen im Antragsverfahren eine mangelnde Erfahrung mit sozialrechtlichen Verfahren zugeschrieben, aufgrund dessen die Stellungnahmen von Hausärzt_innen mitunter den Fall zwar beschreiben, aber keine Entscheidungsgrundlage liefern. Die sozialmedizinischen Beteiligten im Antragsverfahren (also die Gutachter) heben gegenüber den Hausärzt_innen als Unterschied hervor, dass sie sich in der Klientenbeziehung unterscheiden. Während die sozialmedizinischen Gutachter_innen um eine unpersönliche Beziehung zu den Antragstellenden bemüht sind, fungieren die Hausärzt_innen – in der Wahrnehmung der Gutachter_innen, aber auch der Hausärzt_innen selbst – eher als Beistand für Patient_innen, die sie außerdem als Kund_innen nicht verlieren wollen.

Die sozialmedizinischen Gutachter_innen sind sich ihrer starken und unabhängigen Stellung im Antragsverfahren bewusst. Sie wissen, dass sie zwar nicht entscheiden, dass aber ihr Votum wenig Spielraum in der Entscheidung lassen wird.

Als Vertreter der juristischen Profession werden hier diejenigen bezeichnet, die über die Anträge auf Erwerbsminderungsrente entscheiden. Sie führen die Leistungsfähigkeit und die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Antragsteller_innen zusammen, beziehen sie auf die rechtlichen Grundlagen der Erwerbsminderungsrenten und kommen zu ei-

ner Entscheidung. Die Spielräume sind gering, zumal die Entscheidungsalternativen (Bewilligen oder Ablehnen) klar vorgezeichnet sind. In den Interviews haben die „Entscheider“ betont, dass sie die Inhalte der medizinischen Gutachten nicht in Frage stellen. Sie achten auf die Plausibilität und Nachvollziehbarkeit der Gutachten, denn die Schlussfolgerungen (Bewilligungen bzw. Ablehnungen) stützen sich wesentlich auf die Gutachten. Noch am ehesten nehmen die Entscheider eine eigenständige Bewertung beim „Beginn des Leistungsfalls“ vor, weichen also beim Zeitpunkt, ab dem eine Erwerbsminderung rentenrechtlich relevant ist, von den medizinischen Gutachten ab.

Die juristischen Entscheider sind in sich in Abhängigkeit von der Ausbildung und der lokalen Arbeitsorganisation gestuft. In der genauen Arbeitsorganisation unterscheiden sich die untersuchten Rentenversicherer. Teilweise sind Entscheidungen über Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung (Leistungsfähigkeit zwischen drei und unter sechs Stunden) höher qualifizierten Entscheidern vorbehalten (mit der Begründung, dass diese Fälle größere Abgrenzungsprobleme aufwerfen als eine volle Erwerbsminderung bzw. volle Leistungsfähigkeit).

Gegenüber den Mediziner_innen und Jurist_innen sind die *Vermittlungsfachkräfte bzw. Fallmanager_innen* die schwächste Profession. Historisch hat sich dieser Beruf später als die beiden anderen herausgebildet, die Ausbildungen sind schwächer strukturiert, die Wege auf die jeweiligen Arbeitsplätze diverser und nicht so eng an vorgegebene Ausbildungen geknüpft. „Quereinsteiger“ sind geradezu typisch. Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem wichtig, dass sie die Entscheidung über eine Erwerbsminderungsrente weniger als die Angehörigen der beiden anderen Professionen beeinflussen können. Ihr Einfluss ist darauf beschränkt, Versicherte zu einer Antragstellung anzuregen bzw. aufzufordern oder im Extremfall an Stelle der Personen einen Leistungsantrag zu stellen. Sie können außerdem über die Feststellung eines verschlossenen Arbeitsmarktes daran mitwirken, dass Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung in volle Renten umgewandelt werden. Doch im Wesentlichen müssen sie mit den Entscheidungen der Jurist_innen, die sich ihrerseits vor allem auf die Gutachten der Mediziner_innen stützen, umgehen.

Der schwache und nur kaum vorhandene Einfluss der Vermittlungsfachkräfte auf die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente steht im Kontrast zu der Tatsache, dass sie die Versicherten in relevanten Aspekten am besten kennen. Sie können die faktische Erwerbsfähigkeit am besten einschätzen, denn sie befinden sich im wiederholten persönlichen Kontakt mit den Versi-

cherten, und sie kennen die Arbeitswelt und die Arbeitsmarktchancen. Allerdings stehen sie am ehesten – insbesondere in den Arbeitsagenturen und Jobcentern – im Interessenkonflikt, denn von den Entscheidungen über die Erwerbsfähigkeit sind sie ganz unmittelbar betroffen. Denn gerade Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind schwer zu vermitteln. Würden den Fallmanager_innen die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit übertragen werden, bestünde ein sehr starker Anreiz zum „Abschieben“ der betreffenden Personen in eine Erwerbsminderungsrente; umso mehr, als auf diese Weise eine Arbeiterleichterung für die Vermittlungsfachkräfte mit einer Kostenersparnis für den Leistungsträger kombiniert werden könnte.

Diese drei Professionen haben unterschiedliche Zuständigkeiten und Sichtweisen auf die Erwerbsfähigkeit der Antragsteller bzw. potenziellen Antragsteller. Wie sie diese Unterschiede prozessieren, wird im [Abschnitt 6.2.4](#) dargestellt. Doch zunächst soll das Entscheidungsfeld aus organisationssoziologischer Sicht dargestellt werden.

6.2.3 Das Entscheidungsfeld aus organisationssoziologischer Sicht

Die Zugangssteuerung lässt sich auch aus einer organisationssoziologischen Sicht betrachten. Denn es sind Organisationen, die die Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente prüfen und Erwerbsminderungsrenten bewilligen. Hinzu kommt, dass Antragstellungen zu einem erheblichen Teil durch Sozialleistungsträger induziert sind: Etwa bei einem Drittel bis zur Hälfte der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten wurde ein externer Einfluss auf die Antragstellenden sichtbar (Märting/Zollmann/Buschmann-Steinhage 2015, S. 67; siehe auch Tabelle 5, S. 119).

Hasenfeld (1983) zufolge lassen sich Soziale Dienstleistungsorganisationen danach charakterisieren, welche Technologien sie einsetzen, wobei Hasenfeld *people-processing*, *people-sustaining* und *people-changing technologies* unterscheidet (siehe [Abschnitt 2.3.1](#) in [Kapitel 2](#)), also Verfahren und Mittel zur Existenzsicherung bzw. die von ihnen bewilligte Geldleistung (*sustaining technologies*), zur Überwindung bzw. Verbesserung ihrer (korrekturbedürftigen) Lage (*changing technologies*) und zur Definition bzw. Klärung der Zuständigkeit (*processing technologies*). Rentenversicherung, Arbeitsförderung und Grundsicherung sowie Krankenversicherung decken jeweils so weite Bereiche ab, dass die dort zuständigen Organisationen jeweils alle drei dieser „Technologien“ einsetzen ([siehe Tabelle 11](#)).

Mit den Kategorien von Hasenfeld lässt sich verdeutlichen, dass die beteiligten Organisationen unterschiedliche Perspektiven auf und Mittel für Personen haben, deren Erwerbsfähigkeit in Frage gestellt ist. Bildlich gesprochen, betrachten sie dieselben Personen („Fälle“) mit unterschiedlichen Brillen. Bei Personen, die krank und arbeitslos sind, mögen sich Ursache und Wirkung von Krankheit und Arbeitslosigkeit nicht klar trennen lassen. In dieser Hinsicht ist ihre Lebenslage diffus. Für den Sozialleistungsträger, dem sie aus sozialrechtlichen Gründen zugeordnet werden, ist das Vorgehen gegenüber den ihnen zugeordneten Personen hingegen nicht diffus, sondern institutionell vorgegeben. Die Sozialleistungsträger setzen ihr spezifisches Instrumentarium ein, das insbesondere dann angemessen ist (bzw. angemessen sein sollte), wenn die individuelle Lebenslage eindeutig dem Aufgabenfeld des Sozialleistungsträgers entspricht, aber an seine Grenzen stößt, wenn die individuelle Lebenslage nicht mehr eindeutig, sondern vielmehr diffus ist.

Die Organisationen unterscheiden sich aber nicht nur in ihrer Zuständigkeit und in ihren Möglichkeiten gegenüber Bürger_innen, sie unterscheiden sich auch danach, an welchen Kriterien sie ihr Handeln ausrichten und wie sie gesteuert werden. Derartige Unterschiede gibt es, auch wenn alle der hier betrachteten Institutionen und ihre zugehörigen Organisationen Einrichtungen des Sozialstaates sind und sie damit grundlegende Gemeinsamkeiten aufweisen (dominante Orientierung an sozialpolitischen Zielen, starke rechtli-

Tabelle 11

Technologien der Sozialen Dienstleistungsorganisationen im Entscheidungsfeld „Erwerbsminderungsrente“

	Krankenkassen	Arbeitsagenturen	Jobcenter	Rentenversicherung
People processing (Zuständigkeit)	Definition als arbeitsfähig/ arbeitsunfähig	Definition als arbeitslos	Definition als bedürftig	Definition als erwerbsgemindert/ erwerbsfähig
People sustaining (Geldleistung)	Krankengeld	Arbeitslosengeld	Arbeitslosengeld II	EM-Rente
People changing (Integration)	medizinische Reha	Aktivierung, Erwerbsintegration	Aktivierung, Erwerbsintegration	medizinische Reha, LTA

Quelle: eigene Darstellung.

che Bindungen, hoher Institutionalierungsgrad der Organisationen; siehe auch Brussig 2017). Um die Besonderheiten der jeweiligen Organisationen zu erfassen, kann auf Adlers Typologie von organisatorischer Entscheidungsfindung zurückgegriffen werden (Adler 2006, siehe [Abschnitt 2.3.1](#)). Es handelt sich dort um Idealtypen, also um Zuspitzungen, die in der Realität stets unschärfer auftreten als in einer an begrifflicher Abgrenzung interessierten akademischen Untersuchung. Versucht man nun, die hier untersuchten Organisationen den von Adler entworfenen Idealtypen zuzuordnen, entstehen ebenfalls Zuspitzungen. In den Grundzügen erlauben die Beschreibungen aus [Kapitel 5](#) jedoch klare Zuordnungen (siehe [Tabelle 12](#)).

Demnach ist die Rentenversicherung am ehesten der bürokratischen Entscheidungsfindung zuzurechnen. Der bürokratische Typus ist gekennzeichnet durch die Anwendung bestehender Regeln (hier also dem Erwerbsminderungsrentenrecht). Das übergeordnete Ziel ist “accuracy”, also Genauigkeit. Ähnliche Fälle sollen möglichst ähnlich entschieden werden. Die Verantwortung ist hierarchisch organisiert. Die einzelnen Rentenversicherungsträger sind sehr große Organisationen mit einer genau definierten internen Arbeitsteilung, die wiederum durch einen hierarchischen Aufbau zusammengehalten wird. Einsprüche gegen die Entscheidungen bürokratischer Organisationen werden durch eine binnenorganisatorische Untersuchung geprüft. Dies ist bei der Rentenversicherung mit ihren Widerspruchsausschüssen nur teilweise gegeben. Einerseits muss der Weg über die Widerspruchsausschüsse genommen werden, bevor eine Klage eingereicht werden kann (erste Stufe im Sozialgerichtsverfahren), andererseits wird in den Widerspruchsausschüssen nicht nur eine “administrative review” betrieben, da die Widerspruchsausschüsse stets mit Vertretern von Arbeitgebern und Versicherten und nicht nur mit der Verwaltung besetzt sind. Dies sowie die hohe Bedeutung, die Klagen in Erwerbsminderungsrentenverfahren haben, spricht dafür, dass die Rentenversicherung hinsichtlich des “mode of redress” (Einspruchsmöglichkeiten) Elemente des legalistischen Typs aufweist.

Der Vergleich der drei Rentenversicherungsträger dieser Untersuchung zeigt, dass die einzelnen Träger diesem Bild nicht alle gleichermaßen gut entsprechen. In der Gesamtheit und im Vergleich zu den anderen hier betrachteten Organisationen scheint die Einordnung der Rentenversicherung als bürokratischer Entscheidungsfindungstyp aber gerechtfertigt.

Arbeitsagenturen und Jobcenter sind demgegenüber dem Typ der manageriellen Entscheidungsfindung zuzurechnen. Dies ist vor allem darin begründet, dass sich Arbeitsagenturen und Jobcentern an Zielen ausrichten, und diese Ziele werden als Dienstleistungsstandards bzw. Dienstleistungs-

Tabelle 12

Merkmale der Sozialen Dienstleistungsorganisationen im Entscheidungsfeld gesundheitlich geminderter Arbeits- und Leistungsfähigkeit

Organisation	Entscheidungsfindung	legitimierendes Ziel	Verantwortung	Einspruchsmöglichkeiten
Rentenversicherung	Regeln anwenden (Bureaucratic)	Genauigkeit (Bureaucratic)	Hierarchisch (Bureaucratic) und interpersonal in der sozialmedizinischen Begutachtung (Professional)	Überprüfung durch die Verwaltung (Bureaucratic) im Widerspruchsverfahren und Anrufen des Sozialgerichts (Legal)
Agentur für Arbeit/ Jobcenter	relative managerielle Autonomie (Managerial)	Dienstleistungsstandards (Managerial)	Kennzahlen (Managerial)	Überprüfung durch die Verwaltung (Bureaucratic) und Anrufen des Sozialgerichts (Legal)
Krankenkassen	Angebot und Nachfrage zur Deckung bringen (Market) sowie verpflichtendes Grundangebot	wirtschaftliche Effizienz (Market)	Interpersonal (Professional)	“Exit“ oder Privatrecht (Market) und Sozialgerichtsverfahren (Legal)

Anmerkung: In Klammern sind die Idealtypen nach Adler (2006), siehe [Abschnitt 2.3.1](#).
Quelle: eigene Darstellung.

qualität formuliert. So wird der Ärztliche Dienst der BA durch *service-level agreements* gesteuert. Gemessen wird die Arbeit im manageriellen Typ anhand von Performanzindikatoren, was nicht nur für den Ärztlichen Dienst, sondern auch für die öffentliche Arbeitsvermittlung insgesamt charakteristisch ist, wie sich anhand der ausgeprägten Kennzahlensteuerung zeigt. Deren hohe Bedeutung zeigt sich gerade im Vergleich zur Rentenversicherung, die auch einem Benchmarking unterliegt, das aber die Arbeit der Rentenversicherung weniger prägt als die Kennzahlensteuerung in den Arbeitsagenturen und Jobcentern.

Gleichwohl entsprechen Arbeitsagenturen und Jobcenter nicht dem manageriellen Typ in Reinform. Vermutlich noch die stärkste Abweichung gegenüber dem Idealtyp besteht darin, dass die Entscheidungsfindung nicht im Wege managerialer Autonomie erfolgt. Gerade im Bereich der BA, also in den Arbeitsagenturen und den Jobcentern in gemeinsamen Einrichtungen, aber auch im Bereich der Jobcenter, die allein durch die Kommunen betrieben werden, gibt es detaillierte Weisungen und rechtliche Vorgaben, die Elemente bürokratischen und legalistischen Entscheidens hineinragen. Auch die Einspruchsmöglichkeiten bestehen nicht in erster Linie darin, dass die Öffentlichkeit in Dienst genommen werden kann, wie es Adler zufolge für den managerialen Typ charakteristisch ist. Grundsätzlich gibt es die rechtsstaatlichen Einspruchsmöglichkeiten (Sozialgerichtsverfahren), aber es gibt bei den Arbeitsagenturen und Jobcentern keine Widerspruchsausschüsse. Legt man die Beschwerdemöglichkeiten zugrunde, die es natürlich gibt und die bei der BA Kundenreaktionsmanagement heißen, dann entspricht dies am ehesten noch der "administrative review", wie sie für den bürokratischen Typ charakteristisch ist.

Die lokalen Strategien der Arbeitsagenturen und Jobcenter können sich deutlich zwischen den Einrichtungen unterscheiden. Die lokalen Strategien hängen von der Arbeitsmarktlage, den lokal gesetzten Schwerpunkten der Arbeitsmarktpolitik, der Wirtschaftsstruktur und den Beziehungen zu anderen Arbeitsmarktdienstleistern ab (Aurich-Beerheide/Zimmermann 2017). Diese Verschiedenheit aufgrund lokaler Entscheidungen unterstreicht die Einordnung der Organisationen der öffentlichen Arbeitsvermittlung zum managerialen Typ. Die lokalen Geschäftsführungen sind in ihrer Strategie nicht frei, sie müssen sie mit den übergeordneten Ebenen (Regionaldirektion, Zentrale) abstimmen bzw. übergeordnete Vorgaben umsetzen, aber innerhalb dieser Vorgaben haben sie einen strategischen Spielraum, und die übergeordneten Organisationsebenen erwarten, dass die lokalen Geschäftsführungen diesen Spielraum nutzen.

Krankenkassen standen in dieser Untersuchung nicht im Fokus. Dem vorliegenden Material zufolge sind sie stärker als die beiden anderen Organisationen durch marktgetriebene Entscheidungen charakterisiert. Dies ergibt sich aus dem Recht der Versicherten zur freien Kassenwahl. Auch gestützt durch das Leitbild einer evidenzbasierten Medizin spielt für Krankenkassen wirtschaftliche Effizienz eine größere Rolle. Gleichwohl wäre eine Zuordnung als Markt-Organisationen vermutlich überzogen, denn verantworten müssen sich die Krankenkassen nicht primär gegenüber Eigentümern (oder gar Anteilseignern), wie es Adler als typisch für diesen Entscheidungstyp herausstellt, sondern gegenüber staatlichen Aufsichtsbehörden, die darüber wachen, dass die Krankenkassen ihr gesetzlich vorgeschriebenes Leistungsangebot einhalten. Gleichwohl hat diese Untersuchung immer wieder gezeigt, dass Entscheidungen der Krankenkassen in stärkerem Maße wirtschaftlich motiviert zu sein scheinen, als es bei den anderen betrachteten Organisationen der Fall ist.

6.2.4 Eine feldtheoretische Perspektive: Die Interaktion von Professionen und Organisationen

Wie gelingt nun in diesem vielfach fragmentierten Entscheidungsfeld die Abstimmung zwischen den Akteuren, die unterschiedlichen Rechtskreisen, Organisationen und Professionen zuzurechnen sind? Aus feldtheoretischer Perspektive wird auf zwei grundlegende Abstimmungsmechanismen hingewiesen, nämlich die inter-organisationale Abstimmung und die intra-organisationale Abstimmung (siehe [Abbildung 16](#)).

Abstimmungen zwischen Organisationen (inter-organisationale Abstimmung)

Bei der inter-organisationalen Abstimmung lassen sich die Meso-Ebene der generellen Abstimmung zwischen Organisationen und die Mikro-Ebene der fallbezogenen Abstimmung unterscheiden (siehe Øverbye et al. 2010, siehe auch [Abschnitt 2.3.3](#)).

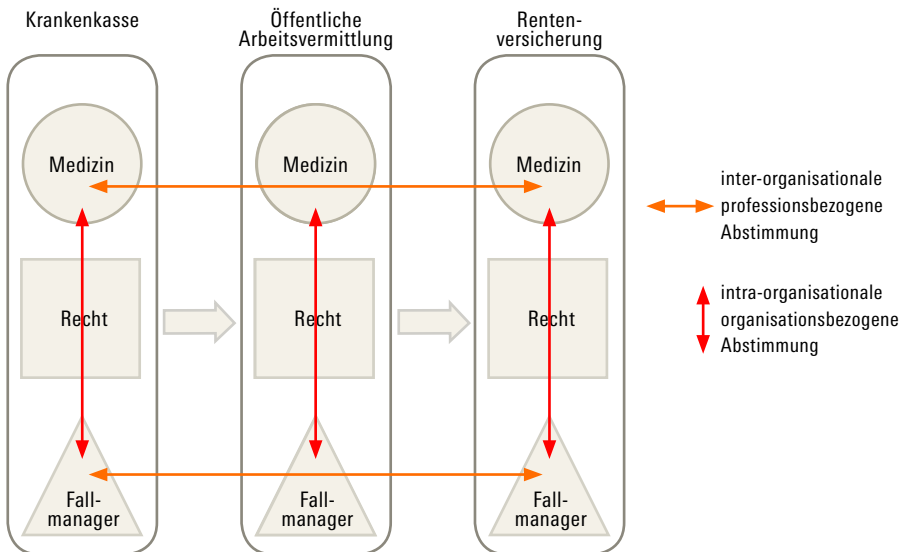
Die Meso-Ebene der generellen Abstimmung wurde oben im [Abschnitt 5.5](#) rekonstruiert. Dort wurde herausgestellt, dass die Meso-Ebene der interorganisationalen Abstimmung dadurch funktioniert, dass die Schnittstellen relativ eng sozialrechtlich definiert sind. Dies wird teilweise durch lokal funktionierende zusätzliche Vereinbarungen und grundsätzlich auch durch gemeinsame Arbeitskreise (die in der vorliegenden Untersuchung

nicht angetroffen wurden) unterstützt. Es gibt nur wenige Punkte, in denen die beteiligten Träger einen grundsätzlichen Dissens haben; der wichtigste scheint die unterschiedliche Bewertung von Suchtkrankheiten zu sein. Sie werden vom Sozialmedizinischen Dienst der RV eher als nicht dauerhaft und vom ÄD der BA eher als dauerhaft gesehen, mit entsprechenden gegensätzlichen Schlussfolgerungen für die prognostizierte Leistungsfähigkeit (101ÄD, 175; siehe auch Geschäftsanweisung zu § 145 vom 12/2016, Rz. 145.17). Demgegenüber hat sich die fallbezogene Abstimmung als weniger ausgereift erwiesen.

Die Mikro-Ebene der fallbezogenen Abstimmung über Organisationsgrenzen hinweg ist in erster Linie eine Abstimmung innerhalb von Professionen. Im Entscheidungsfeld der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten ist es vor allem eine Abstimmung zwischen Mediziner_innen über Fragen zur sozialmedizinischen Begutachtung.

Abbildung 16

Inter- und intraorganisationale Abstimmung im Entscheidungsfeld „Erwerbsminderungsrente“



Quelle: eigene Darstellung

Unterschiedliche Einschätzungen zwischen Gutachtern der verschiedenen Organisationen zu den gesundheitlichen Einschränkungen von Antragstellern kommen häufig vor, und doch lassen sich diese Unterschiede im Regelfall beheben, ohne dass das Divergenzverfahren bemüht wird (siehe [Abschnitt 6.2.2](#)). Diese Fähigkeit zur interorganisationalen Abstimmung liegt in der Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen Profession begründet. Die Sozialmediziner_innen benutzen über Organisationsgrenzen hinweg im Wesentlichen gleiche Begriffe und arbeiten mit gleichen Standards:

„Das sozialmedizinische Glossar Rentenversicherung, das kann man runterladen bei der RV Bund und diese Begrifflichkeiten, die da definiert sind, benutzen wir genauso. [...] Das heißt also eigentlich sind wir fachlich komplett auf demselben Standard [...]. Wir beurteilen alle auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und die Leistungseinschränkung“ (101ÄD, 175).

Wie eben gesagt, gibt es allerdings bei der Bewertung von Suchtkrankheiten einen wichtigen Unterschied zwischen den Trägern.

Gestützt wird die Nutzung der gleichen Begriffe und Standards durch die gemeinsame Ausbildung, die die Gutachter_innen sowohl des Sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung als auch des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit durchlaufen haben. Die Ähnlichkeit im Vorgehen bei der Begutachtung „liegt vielleicht daran, dass wir doch alle irgendwie sozialmedizinisch vorgebildet sind und da entsprechende, [...] Instrumente an die Hand bekommen haben, wie man begutachtet“ (104ÄD, 238–240).

Zur inter-organisationalen Abstimmung zwischen den sozialmedizinischen Gutachter_innen trägt außerdem bei, dass eine berufliche Mobilität über Rechtskreis- und Organisationsgrenzen hinweg möglich ist. Die sozialmedizinischen Gutachter_innen verstehen sich in erster Linie als Gutachter_innen, nicht als Beschäftigte der Rentenversicherung oder der Arbeitsagentur. Sie sind auf einem berufsfachlichen Arbeitsmarkt tätig und können nicht innerhalb ihrer Organisation mehr oder weniger beliebig versetzt werden. Zwar scheint die Fluktuation auf allen Ebenen im Ärztlichen Dienst der BA deutlich niedriger zu sein als etwa in der Arbeitsvermittlung. Aber viele der Gesprächspartner_innen aus der Begutachtung haben ihre Position erst nach einigen Jahren der Berufstätigkeit etwa in Reha-Kliniken oder im Krankenhaus aufgenommen; vielfach angezogen von den familienfreundlichen Arbeitszeiten.

Als letzten Punkt ist auf die unmittelbaren Kommunikationsmöglichkeiten hinzuweisen. Sie bestehen nicht flächendeckend und durchgängig, aber mehrere der Gesprächspartner_innen verfügen über die Telefonnummern

der Gutachter_innen beim jeweils anderen Träger und nutzen diese für Klärungen, bevor ein förmliches Divergenzverfahren eingeleitet wird. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird ein Divergenzverfahren dann nicht mehr erforderlich.

Durch die Gemeinsamkeiten der Profession – gemeinsame Aufgaben, gemeinsame Begriffe, Standards, Formulare, gemeinsame berufliche Sozialisation – sind die inhaltlichen Kommunikationsbarrieren gering; sie bestehen mitunter in Fragen der technischen Erreichbarkeit. Divergenzen werden dadurch aufgelöst, dass die besser begründete Auffassung sich durchsetzt. Dies hängt von den Ressourcen ab, die die Gutachter für ihre Gutachten mobilisieren können. Wie in [Kapitel 5](#) gezeigt, sind die Ressourcen der Sozialmedizinischen Begutachtung durch die Rentenversicherung besser: es gibt mehr Ärzte mit mehr Spezialisierungen, und der Zeitdruck ist geringer, um ein Gutachten fertigzustellen als im Ärztlichen Dienst der BA.

Im Interviewmaterial gibt es einige Anzeichen dafür, dass die fallbezogene Abstimmung zwischen Organisationen innerhalb einer Profession, also die Abstimmung auf der Mikro-Ebene an Bedeutung verloren hat und dafür die Abstimmung auf der Meso-Ebene an Bedeutung gewonnen hat ([siehe Abschnitt 5.5](#)). Dies drückt sich im Interviewmaterial in der wiederholten Einschätzung von sozialmedizinischen Gutachter_innen aus, derzufolge die Gutachten des Ärztlichen Dienstes der BA an Qualität und Überzeugungskraft verloren hätten. Dies wird nicht auf verstärkt zum Tragen kommende Interessen am „Abschieben“ schwer vermittelbarer Arbeitsloser zurückgeführt, sondern eher auf die Zeitvorgaben, unter denen der ÄD arbeitet, sowie auf die Organisation der sozialmedizinischen Begutachtung durch die Jobcenter, also auf zwei de-professionalisierende Entwicklungen. Ein weiterer Entwicklungstrend ist der Aufstieg des New Public Managements, der Orientierung an Kennzahlen und Benchmarkings und dem damit verbundenen Bedeutungsgewinn eines manageriellen Entscheidungstyps (Adler 2006).

Abstimmungen innerhalb der Organisationen (intra-organisationale Abstimmung)

Bevor ein Fall zwischen den Organisationen weitergeleitet wird, wird er innerhalb der Organisation entschieden. Hierbei wirken innerhalb der Organisation alle Professionen zusammen, d. h. die Entscheidungsfindung verläuft professionsverbindend. Die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen der unterschiedlichen Professionen erfordert ebenfalls Abstimmungsprozesse, die aber anders strukturiert sind als die organisationsübergreifenden Abstimmungsprozesse von Angehörigen einer gemeinsamen Profession. Die inner-

organisationalen professionsübergreifenden Abstimmungsprozesse scheinen komplizierter zu sein als Abstimmungsprozesse innerhalb einer Profession:

„Die Probleme gibt es nicht zwischen uns, sondern vor uns und nach uns. [...] So richtig große Unterschiede in der [...] fachlichen Beurteilung kann ich nicht erkennen. Ich glaube nicht, dass das Problem der medizinische Dienst ist oder die fachlich sozialmedizinische Einschätzung. [...] Das Problem sind die Stellen vor und nach uns“ (101ÄD, 177).

Zu diesen „Problemen“, die Abstimmungsbedarf verursachen, gehört zum einen, dass die medizinischen Gutachter_innen nur im Auftrag handeln. Sie sind darauf angewiesen, dass im Auftrag präzise die zu prüfenden Sachverhalte benannt werden. Geschieht dies nicht, müssen die medizinischen Gutachter_innen zurückfragen, oder sie interpretieren den Untersuchungsauftrag eigenständig, was im Ärztlichen Dienst der BA dazu führt, dass die Untersuchung umfangreicher angelegt wird, als es nötig gewesen wäre. Durch Weisungen und Schulungen versuchen mitunter Führungskräfte aus dem Vermittlungsbereich, die Vermittlungsfachkräfte zu genaueren Gutachtenaufträgen anzuhalten bzw. in ihren Möglichkeiten zu begrenzen, umfangreiche Gutachtenaufträge auszulösen.

Ein zweiter Punkt, der Abstimmungsbedarf innerhalb einer Organisation hervorruft, ist die jeweilige Eigenständigkeit der Beteiligten, insbesondere der medizinischen Gutachter_innen. Die Erkenntnisbedarfe der juristischen Entscheider_innen und der Vermittlungsfachkräfte entsprechen nicht direkt dem Auskunftsvermögen der medizinischen Gutachter_innen. Versuche der Jurist_innen und – mehr noch – der Vermittlungsfachkräfte, von den Mediziner_innen nicht nur die Befunde, sondern auch die Schlussfolgerungen aus ihnen präsentiert zu bekommen, laufen regelmäßig ins Leere: „Aus ärztlicher Sicht ist das schwierig, sich da den juristischen Marginalien unterzuordnen“ (133RV, 111). Umgekehrt können – drittens – Jurist_innen und Vermittlungsfachkräfte den medizinischen Gutachten nicht widersprechen (außer bei fehlender Plausibilität). Die Vermittlungsfachkräfte der Arbeitsagenturen und Jobcenter können schon deshalb nicht widersprechen, weil sie keinen Einblick in den medizinischen Teil des Gutachtens sowohl des „eigenen“ Ärztlichen Dienstes als auch der Rentengutachten erhalten.

Die Notwendigkeit, die unterschiedlichen Schritte in der Prozesskette zu verbinden, erfordert „Übersetzungsleistungen“ bzw. Interpretationen. Der Handlungsspielraum für die juristischen Entscheider_innen ist auf Grundlage der medizinischen Gutachten gering. Für die Vermittlungsfachkräfte ist er hingegen beträchtlich. Durch verschiedene Mittel und Wege können die Interpretationsspielräume verringert werden. Hierzu gehören

- die Verwendung von Formularen mit unmissverständlichen, schematischen Aussagen (z.B. Leistungsfähigkeit unter drei Stunden, zwischen drei und unter sechs Stunden, sechs Stunden und mehr),
- die Regelungen zu Bindungswirkungen der einzelnen Prozessschritte zueinander (z.B. dergestalt, dass die medizinischen Gutachten als Arbeitsgrundlage – außer bei fehlender Plausibilität – zu gelten haben) und
- die Herausbildung und Pflege einer gemeinsamen Organisationskultur, die die Angehörigen unterschiedlicher Professionen auf die spezifischen Ziele der Organisation verpflichtet. Die Organisationskultur als professionsübergreifende Kultur ist das Gegenstück zu einer Professionskultur, welche über Organisationsgrenzen hinweg wirkt.

Dabei steht die Möglichkeit des Interpretationsspielraums selbst in einem Spannungsfeld. Ein geringer Interpretationsspielraum ist erforderlich bei *people-sustaining* und *people-processing technologies*, also bei der Feststellung der Zuständigkeit und bei der Bewilligung von Geldleistungen. Fairness bzw. Gleichheit bedeutet hier, dass Menschen trotz ihrer individuellen Unterschiede gleiche Ansprüche auf Sozialleistungen haben, wenn sie kategorial gleich zugeordnet wurden. Ein gewisser Handlungsspielraum ist hingegen erforderlich bei *people-changing technologies*, also bei Dienstleistungen wie beispielsweise dem Fallmanagement. Ziel ist hier, eine Lösung zu finden, die sich an den Erfordernissen des Einzelfalls ausrichtet, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen (z.B. Erwerbsintegration). Es wäre also dysfunktional, die Prozesse der innerorganisatorischen Abstimmung so auszurichten, dass eine Stelle allein den ganzen Prozess determiniert.

Und der „Verschiebebahnhof“ zwischen den Trägern?

Unter professions- und organisationssoziologischen Aspekten lässt sich der „Verschiebebahnhof“ – das interessegeleitete Agieren unterschiedlicher Organisationen in der Zugangssteuerung – interpretieren als die Dominanz organisationaler Interessen der einzelnen Träger gegenüber einer organisationsübergreifenden Professionskultur. Derartige Organisationsinteressen und Interessenkonflikte zwischen den Trägern lassen sich im Interviewmaterial nachweisen, auch wenn sie selten explizit thematisiert wurden.

Sie kommen eher zum Tragen, wenn Einzelfälle hinter summarischen Fallgestaltungen verschwinden, etwa bei der Erwerbsunfähigkeitsvermutung nach ausgelaufenem Krankengeldbezug oder Prüfung des verschlossenen Arbeitsmarktes. Finanzielle Erwägungen sind ein wesentlicher Treiber im „Verschiebebahnhof“. Die finanziellen Interessen der vorgelagerten Träger (Kran-

kenkassen, Arbeitsagenturen und Jobcenter) äußern sich darin, dass vorzeitig und bereitwillig Klärungen zu Rentenansprüchen insbesondere auch von solchen Fällen unternommen werden, die wenig aussichtsreich scheinen, um sich zu entlasten.

Dies löst Aufwand bei den nachgeordneten Stellen aus, wie insbesondere von der Rentenversicherung artikuliert wurde. Die Wirkungen lassen sich jedoch nicht einschätzen: Sind die vorgelagerten Träger „erfolgreich“, weil kein Zweifelsfall ungeprüft bleibt und einige Fälle eine Rente bewilligt bekommen, die sonst nicht geprüft werden? Oder bewirken intensivierte Prüfungsanfragen der vorgelagerten Träger, dass der Rententräger seine Begutachtungsressourcen auf mehr Entscheidungsfälle verteilen muss und dadurch eher restriktiver vorgeht?

Sicher scheint auf der Grundlage des vorhandenen Materials nur zu sein, dass die Rentenversicherungen nicht danach unterscheiden, auf welchem Weg die Anträge gestellt werden. Die Restriktivität bzw. Offenheit der Rentenversicherung entspringt eher den eigenen Entscheidungen der Rentenversicherung als dem Druck der anderen Akteure. Die Entscheidung, nur aktenbasiert zu begutachten oder auch nach persönlicher Begutachtung, scheint für die Bewilligungschancen wichtiger zu sein. Diese Entscheidung basiert nicht auf einem „Verschiebebahnhof“.

6.2.5 Fazit

Die Abstimmungsprozesse in der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten sind durch Mechanismen geprägt, die sich teilweise professionssoziologisch, teilweise organisationstheoretisch und teilweise feldtheoretisch erklären lassen. Die kombinierte Anwendung der unterschiedlichen Perspektiven zur Rekonstruktion eines empirischen Falles „Zugangssteuerung“ lässt die Grenzen der Reichweite der unterschiedlichen Ansätze erkennen.

Stark vereinfacht lässt sich zusammenfassend sagen, dass die intra-organisationale Entscheidungsfindung innerhalb eines Sozialleistungsträgers bzw. einer *Human Service Organisation* auf dem arbeitsteiligen Zusammenspiel unterschiedlicher Abteilungen beruhen, die sich unterschiedlichen Professionen zuordnen lassen. Für den speziellen Fall der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten kommt der sozialmedizinischen Begutachtung eine herausragende Bedeutung zu. An ihr kommen die eigentlichen Entscheider, die Jurist_innen, nicht vorbei und sie bindet auch die Fallmanager_innen. Sofern zwischen den Organisationen eine Abstimmung innerhalb der Profes-

sion stattfindet (also vor allem in der Begutachtung), entscheiden die Ressourcen, die sich zwischen den Organisationen unterscheiden. Hier nehmen die Organisationen vor der eigentlichen Entscheidungsfindung aufeinander Einfluss. Auf der Meso-Ebene der inter-organisationalen Abstimmung entscheiden wiederum sozialrechtlich definierte Über- und Unterordnungs- bzw. Vorrang- und Nachrangverhältnisse.

Dieses komplexe Wechselspiel wurde in der vorliegenden Untersuchung am deutlichsten für den Kern der Zugangssteuerung, die sozialmedizinische Begutachtung, gezeigt. Es ließe sich aber auch für einen quantitativ weniger bedeutsamen Prozess zeigen, nämlich die Feststellung der Verschllossenheit des Arbeitsmarktes, die für die Umwandlung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in eine Vollrente aufgrund fehlender Beschäftigungschancen (eben aufgrund eines „verschlossenen Arbeitsmarktes“) erforderlich ist. Dies wird durch die Bundesagentur für Arbeit geprüft. Theoretisch hätte auch die Rentenversicherung die Möglichkeit hierzu, aber die BA hat die überlegenen Ressourcen, um die Arbeitsmarktlage einzuschätzen. Aus der Interessenlogik hat die BA ein Interesse daran, auf einen verschlossenen Arbeitsmarkt zu erkennen, während es bei der Rentenversicherung umgekehrt ist.

Im historischen Trend und bezogen auf das Untersuchungsfeld der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten in Deutschland spricht einiges dafür, dass die Entscheidungskraft der Organisationen stärker und die der Professionen schwächer geworden ist. Neben der Verrechtlichung auch in der Sozialpolitik sind hier vor allem der Aufstieg des New Public Management und der Bedeutungsgewinn von Marktmechanismen zu nennen. Von Letzterem sind vor allem und massiv die Krankenversicherungen betroffen. Die öffentliche Arbeitsvermittlung und insbesondere die Bundesagentur für Arbeit hat ein ausgefeiltes Kennzahlensystem entwickelt, das auch im Ärztlichen Dienst eingesetzt wird. In der Rentenversicherung haben Kennzahlen demgegenüber eine geringere Bedeutung, doch auch dort wirkt mit dem Benchmarking ein grundsätzlich ähnlicher Prozess.

Gleichwohl sind starke Professionen erforderlich. Wie oben argumentiert, sind für einen Teil der *Social Services*, insbesondere für die *people-changing technologies* (Fallmanagement) Handlungsspielräume der Fachkräfte erforderlich. Diese können nicht ausreichend durch Recht, Organisationsanweisungen und Kennzahlen strukturiert werden. Damit Handlungsspielräume durch Fachkräfte verantwortlich ausgefüllt werden können, bedürfen sie einer starken Verankerung in fachlich begründeten Qualitätskriterien, wissenschaftlich fundierter Vorgehensweisen und Instrumente, Flexibilität

im Fallmanagement und eines beständigen professionellen Diskurses sowohl auf der Mikroebene (Supervision) als auch auf der fallübergreifenden Ebene (organisationsübergreifender fachlicher Austausch). Sie benötigen das, was Professionen leisten.

7 ZUGANGSSTEUERUNG IN ERWERBS- MINDERUNGSRENTEN: ZUSAMMENFASSUNG

7.1 Hauptergebnisse der Untersuchung

Die übergreifende Frage dieser Untersuchung war, wie Erwerbsminderungsrenten festgestellt werden. Die Untersuchung hatte zum Ziel, zu rekonstruieren, wie die Vermutung einer geminderten Leistungsfähigkeit einer Person – sei sie von den Betroffenen selbst oder von anderen, die mit der Leistungsfähigkeit der Betroffenen befasst sind – in die sozialstaatliche Leistung einer Erwerbsminderungsrente transformiert wird. Diese Frage ist in zwei Spannungsfelder eingebettet: Die Sozialpolitik orientiert grundsätzlich auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Personen im erwerbsfähigen Alter, stellt jedoch auch ein Sicherungsnetz bereit, wenn dies nicht gelingt und Personen leistungsbedingt nicht in der Lage sind, ein Erwerbseinkommen zu erzielen. Beide sozialpolitischen Ziele, das der Erwerbsintegration und das der sozialen Sicherung außerhalb von Erwerbsarbeit, bilden ein Spannungsfeld (siehe hierzu den [Abschnitt 7.3](#)). Das zweite Spannungsfeld, in das die Frage nach der Transformation der vermuteten Leistungsminderung in eine sozialstaatliche Sicherungsleistung eingebettet ist, besteht in institutioneller Hinsicht. Denn an der Feststellung der Erwerbsminderung bzw. der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit sind Mediziner_innen, Jurist_innen und Expert_innen für die Erwerbsintegration beteiligt, die im gegliederten System der sozialen Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitsförderung mit den Arbeitsagenturen und Jobcentern zugeordnet sind. Die Transformation der Erwerbsminderungsvermutung in eine Erwerbsminderungsrente findet also in der Interaktion mehrerer Institutionen statt.

Um den Prozess zu untersuchen, in dem der Erwerbsminderungsvermutung nachgegangen wird, wurde der Begriff des Gatekeeping bzw. der Zugangssteuerung genutzt. Forschungsleitend war die Annahme, dass die beteiligten Institutionen Kriterien haben, anhand derer sie die Leistungsfähigkeit beurteilen und auf diese Weise den Zugang in Erwerbsminderungsrenten steuern. Diese Kriterien können sich, so eine weitere Annahme, zwischen den Institutionen unterscheiden, was natürlich von Bedeutung ist, insofern Krankenkassen, Arbeitsagenturen und Jobcenter sowie Rentenversicherung in diesem Prozess zusammenwirken.

Für die Analyse des Gatekeepings bzw. der Zugangssteuerung zu sozialpolitischen Leistungen gibt es erstaunlich wenige Vorbilder. Die vorliegende Untersuchung hat Anleihen aus drei theoretischen Ansätzen bzw. Traditionen genommen. Zum einen wurde die organisationssoziologische Perspektive genutzt und von dort vor allem der Gedanke übernommen, dass Organisationen Interessen haben und diese strategisch verfolgen. Zum Zweiten wurde eine professionssoziologische Perspektive genutzt und aufgegriffen, dass die beteiligten Expert_innen nicht nur unterschiedlichen Institutionen mit jeweils eigenen Aufträgen angehören, sondern auch unterschiedlichen Professionen angehören (die hier als die Professionen der Medizin, des Rechts und der Erwerbsintegration zusammengefasst wurden), und diese Professionszugehörigkeit steht teilweise quer zur institutionellen Zuordnung. In einer Institution wie der Bundesagentur für Arbeit, aber auch der Rentenversicherung, sind sowohl Mediziner_innen als auch Jurist_innen beschäftigt. Die dritte theoretische Perspektive war die Netzwerkperspektive, mit der untersucht wird, wie verschiedene Organisationen miteinander zusammenwirken.

Zwei Einschränkungen sind vorzunehmen. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten und nicht auf der Zugangssteuerung in Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. Diese Prozesse sind eng miteinander verbunden, laufen aber teilweise verschieden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2012). Es hätte die Ressourcen des Projektes schon von Anfang an überdehnt, Prozesse der Reha-Bewilligung systematisch zu berücksichtigen. Weiterhin lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf der institutionell-organisatorischen Seite und nicht auf der Seite der Versicherten bzw. Antragsteller_innen. Deren Perspektive ist zumindest teilweise – zugegebenermaßen unvollständig und gewissermaßen „aus zweiter Hand“ – durch Experteninterviews und einen Expertenworkshop mit Fachkräften aus Sozialberatungsstellen eingegangen (siehe hierzu aber aktuell und aus erster Hand Alsdorf et al. 2017).

Die Feststellung der Erwerbsminderung als stark verrechtlichter Prozess

Versichert ist seit der Reform des Erwerbsminderungsrentenrechts (2001) nur mehr die abstrakte Arbeitsfähigkeit, die in täglichen Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestimmt wird. Demnach gilt als voll erwerbsgemindert, wer dauerhaft aus gesundheitlichen Gründen täglich keine drei Stunden in irgendeiner Beschäftigung erwerbstätig sein kann; als teilweise erwerbsgemindert gilt, wer nur weniger als sechs Stunden leistungsfähig ist.

Die Art der Arbeit, die erworbene Qualifikation und die bislang überwiegend ausgeübte Tätigkeit spielen im Grundsatz keine Rolle. Einen Berufsschutz gibt es nicht mehr.⁸⁷ Auch das Einkommen, das aus dieser Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erzielt werden kann, spielt keine Rolle. Die EM-Rente kompensiert nicht die Minderung des erzielbaren Erwerbseinkommens (in Euro), sondern die Minderung der allein in Stunden einer ausführbaren Tätigkeit gemessenen Erwerbsfähigkeit. Ein beliebig großer Einkommensrückgang aus gesundheitlichen Gründen ist nicht versichert. Anders als bei der Einführung der „Invalidenrente“ im Jahr 1889 sichert die Erwerbsminderungsrente heute nicht die Unfähigkeit bzw. Minderung der Fähigkeit, einem Erwerb nachzugehen – also ein Einkommen aus Arbeit zu erzielen –, sondern sichert den Verlust der Fähigkeit, einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen zu können. Sie sichert – und hier erweisen sich sowohl die historisch als auch die aktuell verwendeten Begriffe als verwirrend – eher noch die Invalidität als die Erwerbsminderung ab.

Der Prozess der Zugangssteuerung ist stark verrechtlicht, d. h. die rechtlichen Regelungen versuchen, die Feststellung der Erwerbsminderung sehr detailliert zu erfassen. Das ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass es sich bei der Erwerbsminderungsrente nicht um eine Ermessensleistung handelt, sondern um eine Leistung, auf die ein Anspruch besteht, sofern die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Befördert wird dies außerdem durch eine sehr ausgeprägte Arbeitsteilung der Stellen, die an der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit einer leistungseingeschränkten Person beteiligt sind. Der Charakter der Leistung als einer Anspruchsleistung und die arbeitsteilige Feststellung führen dazu, dass die einzelnen Prozessschritte in ihren rechtlich relevanten Sachverhalten umfangreicher schriftlich dokumentiert und genauer überprüfbar sind, als es beispielsweise bei Ermessensleistungen der Arbeitsförderung der Fall ist (bei denen es allerdings in aller Regel um „weniger geht“).

Vielfalt der Träger – Vielfalt der Trägerinteressen

Die Wege in die Anerkennung bzw. Feststellung einer Erwerbsminderung vollziehen sich oft unter Einflussnahme und Mitwirkung mehrerer Sozialleis-

⁸⁷ Wie häufig bei wichtigen Änderungen des Rentenrechts, wurde auch diese wesentliche Änderung mit einem Vertrauensschutz für ältere Geburtsjahrgänge (mit einem altersbedingt erhöhten Risiko) eingeführt: Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der EM-Rentenreform 40 Jahre oder älter waren, werden nach dem alten Recht beurteilt. Diese Personen (geboren vor dem 02.01.1961) haben etwa 2026 die für sie gültige Regelaltersgrenze von ca. 66 Jahren erreicht.

tungsträger. Die Existenz mehrerer Institutionen in der Sozialversicherung mit teilweise komplementären und teilweise überlappenden Zuständigkeiten wird oft als „gegliedertes System“ bezeichnet. Mit gesundheitlich geminderter Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit und die Jobcenter befasst. Das gegliederte System ist in rechtlicher, organisatorischer und in alltagspraktischer Hinsicht außerordentlich komplex. Es ist nicht frei von Fehlanreizen und Dysfunktionalitäten.⁸⁸ Es wäre aber grob übertrieben, würde man das Vorgehen der Organisationen und ihr Zusammenwirken als im Grunde willkürlich charakterisieren.

Ein grundlegendes Re-Arrangement der Sozialleistungsträger im gegliederten System, welches das allgemein geteilte Ziel einer schnelleren und genaueren Feststellung der Erwerbsminderung (einschließlich einer Klärung der Zuständigkeit) erreichen würde und obendrein gleichermaßen einfach wie widerspruchsfrei ist, ist schwer vorstellbar. Wie diese Untersuchung zeigt, liegt dies weniger daran, dass die bestehenden Prozesse bereits optimiert sind und keine weiteren Verbesserungen möglich wären, sondern dies liegt vor allem daran, dass die sozialpolitischen Ziele gegenüber der Erwerbsminderung widersprüchlich sind. Erwerbsminderungsfälle sollen nach Möglichkeit abgewendet werden, aber wenn sie einmal eingetreten sind, sollen sie akzeptiert und abgesichert werden. Die Ziele, Erwerbsminderungen zu vermeiden, eingetretene Erwerbsminderungen zu beseitigen und eine nicht aufhebbarer Erwerbsminderung sozial abzusichern, stehen nebeneinander und stellen jeweils unterschiedliche Anforderungen an das gegliederte System. Diese Zielvielfalt ist nicht klar auf die verschiedenen Träger verteilt; die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist das gemeinsame Ziel aller Beteiligten. Aber der gesetzliche Auftrag und damit die Beiträge der Träger sind unterschiedlich. Gleichzeitig sind häufig die Lebenslagen der Versicherten zu komplex, als dass ein Träger allein alle erforderlichen Leistungen anbieten könnte, wie sich immer wieder am Beispiel der Personen zeigt, die krank bzw. leistungsgemindert und arbeitslos sind. Nicht zuletzt ist davon auszugehen, dass die Interessen der Versicherten heterogen sind und sich im Laufe ihrer gesundheitlichen Entwicklung verändern können. Ein System, das so unterschiedlichen Aufgaben gerecht werden soll, kann schwerlich als einfacher Automat funktionieren.

88 Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erwiesen sich als die wichtigsten möglichen Dysfunktionalitäten die verfrühte Aufforderung zur Antragstellung (hauptsächlich durch Krankenkassen) sowie der Umweg im Feststellungsprozess über die Arbeitsagentur in Gestalt der Nahtloskeitsregelung.

Entgegen der Annahme zu Beginn der Untersuchung, dass die Zugangssteuerung als ein stufenförmiger Prozess zu verstehen sei, der sich vom ersten Verdacht etwa durch das Gespräch zwischen versicherter Person und dem Hausarzt oder im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und über eine Rehabilitation bis hin zum Rentengutachten, dem möglicherweise vom Versicherten widersprochen und gegen das geklagt wird, verläuft, stellt sich die Zugangssteuerung als ein Prozess mit Rückverweisen und Querbezügen der Sozialleistungsträger untereinander dar. Die Zugangssteuerung ist durch „Schleifen statt Stufen“ charakterisiert (siehe [Kapitel 5](#), vor allem [Abschnitt 5.3](#)).

Dies ist teilweise bedingt durch Eigeninteressen der Sozialleistungsträger, die sich insbesondere in der Beurteilung und Prognose der Erwerbsfähigkeit niederschlagen. Vor allem aber sind die „Schleifen“ (Rückverweise und Querbezüge) in das System eingebaut, weil beispielsweise nach Abschluss einer medizinischen Behandlung zunächst die Leistungsfähigkeit zu erproben ist. Zudem ist der Gesundheitszustand der Versicherten selbst veränderlich, sodass ein und dieselbe gutachtende Stelle nach einem gewissen Zeitraum zu einer anderen als der ursprünglichen Einschätzung gelangen kann.⁸⁹ Weil es in der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten viele Querbezüge unterschiedlicher Sozialleistungsträger gibt, erscheint es vielen Versicherten oft intransparent, was bei den Sozialdienstleistern wiederum als Beratungsbedarf „ankommt“ bzw. als Beratungsaufgabe angenommen werden sollte (s. u.).

Organisatorische und professionsbezogene Faktoren beeinflussen die Zugangssteuerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten nicht allein aus den rechtlichen Regelungen und den Beziehungen der Sozialleistungsträger im gegliederten System zueinander erklärbar ist. Auch eine Konzentration lediglich auf die finanziellen Interessen der Sozialleistungsträger wäre verkürzt, wenngleich sie eine Rolle spielen. Vielmehr sind für die Zugangssteuerung binnenorganisatorische und professionsbezogene Abstimmungsprozesse zu berücksichtigen, die die wechselseitigen Interaktionen der Träger und deren Entscheidungen beeinflussen (siehe [Kapitel 5](#) und [Abschnitt 6.2](#)). Zu den markantesten bin-

⁸⁹ Ebenfalls mag eine Rolle spielen, dass sich die Einschätzungen und Interessen der Versicherten während ihres Durchgangs durch die medizinischen und sozialrechtlichen Stationen des Feststellungsprozesses ebenfalls verändern. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, die den Schwerpunkt auf das Handeln der beteiligten Organisationen legte, wurde dem aber nicht nachgegangen.

nenorganisatorischen und professionsbezogenen Faktoren, die die Zugangssteuerung beeinflussen, gehören:

- (1) *Zeitvorgaben* für einzelne Prozessschritte, insbesondere die Erstellung von medizinischen Gutachten: Zeitvorgaben mit dem Ziel einer raschen Klärung erwachsen zum einen aus der Wahrnehmung von Klienteninteressen, insbesondere dem Interesse, rasch die erforderlichen Leistungen zu erhalten, um den Gesundheitszustand nicht weiter zu verschlechtern. Zum anderen erwachsen Zeitvorgaben aus rechtlich gesetzten Fristen.⁹⁰ Allerdings bergen zu enge Zeitvorgaben das erhebliche Risiko einer sachlich unzureichenden Fallbearbeitung.
- (2) *Bewirtschaftung der Ressourcen für eine sozialmedizinische Begutachtung*: Die Prozesse, mit denen die Erwerbsminderung festgestellt wird, lösen Kosten aus. Diese Kosten werden geplant und deren Einhaltung bzw. Überschreitung wird kontrolliert. Kostendruck führt (ebenso wie Zeitdruck) zu ungenaueren Gutachten.
- (3) *Entscheidung für externe vs. interne Begutachtungen*: Die Organisation der Begutachtung durch interne (in der Organisation angestellte) Mediziner_innen oder durch externe, vom Leistungsträger eigens beauftragte, Ärzt_innen weist jeweils Vor- und Nachteile auf. Es gibt daher keine eindeutig überlegene Organisationsform. Die Vorteile der internen Gutachter_innen sind, dass sie die Anforderungen an das Gutachten sehr gut kennen, und dass sich mit internen Gutachter_innen besser gemeinsame Begutachtungsstandards und somit einheitliche Voten erreichen lassen. Der Nachteil dürfte sein, dass die Zahl der angestellten Gutachter_innen vergleichsweise klein und die Fachkunde eher breit ist, was gerade bei der Begutachtung spezieller Fallkonstellationen von Bedeutung ist. Die Entscheidung für oder gegen eine interne Begutachtung kann durch Kostenerwägungen oder auch die Verfügbarkeit geeigneter Personen getrieben sein. Externe Begutachtungen erfordern eine gründliche Überprüfung der Voten durch den Leistungsträger. Dies schafft Intransparenz gegenüber dem Antragsteller und öffnet Raum für eine Nachsteuerung der Gutachtervoten aufgrund von Organisationsinteressen.

90 Bei der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten ist ein prägnantes Beispiel hierfür die Notwendigkeit einer raschen Klärung der Erwerbsfähigkeit durch die Bundesagentur, weil ein eventueller Erstattungsanspruch an vorläufig gezahltem Arbeitslosengeld erst ab dem Zeitpunkt der festgestellten Erwerbsminderung gilt. Wird die Erwerbsminderung durch die Bundesagentur also erst nach z. B. drei Monaten festgestellt, besteht für die ersten Monate kein Erstattungsanspruch gegenüber der Rentenversicherung, die aufgrund der Erwerbsminderung eine Rente zahlt (siehe Abschnitt 4.2.4).

- (4) *Kommunikationsprobleme zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen*: Die Konsequenzen aus den medizinischen Gutachten sind für die „nachgeordneten“ Stellen mitunter nicht klar. Zwar sind die Gutachten so gestaltet, dass Gutachter_innen zu den angefragten Sachverhalten unbedingt Stellung nehmen (z. B. Kästchen zum Ankreuzen für die tägliche Arbeitsfähigkeit). Aber die juristischen Entscheider_innen haben wiederholt formuliert, dass das Votum nachvollziehbar sein muss und dass gerade bei unerfahrenen Gutachter_innen das eigentliche Votum mitunter im Dunkeln bleibt. Ebenso gravierend sind Kommunikationsprobleme gegenüber Vermittlungsfachkräften, weil sie mitunter aus den vorgelegten Gutachten nicht die erhofften Informationen für eine Arbeitsmarktintegrationsstrategie gewinnen können. Verstärkt werden die Kommunikationsbarrieren durch das Massengeschäft und eine rein aktenbasierte Kommunikation.

Ressourcenbewirtschaftung und Zeitvorgaben bergen das Risiko ungenauer Gutachten bzw. einer sachlich unzureichenden Fallbearbeitung. Grundsätzlich kann dies sowohl zulasten als auch zugunsten der Antragstellenden wirken. In der vorliegenden Untersuchung wurde beides angetroffen, aber es liegt auf der Hand, dass hieraus Chancenunterschiede für Antragstellende und Steuerungsmöglichkeiten für Träger erwachsen, die dem legitimen Anspruch der Versicherten auf eine gleiche Behandlung zuwiderlaufen.

Das sozialmedizinische Gutachten als wesentliche Entscheidungsgrundlage

Dem sozialmedizinischen Gutachten kommt im Verfahren eine entscheidende Bedeutung zu. Damit werden die sozialmedizinischen Gutachter in vielen Fällen praktisch zu Entscheidern. Ihre Arbeit ist durch eine hohe Autonomie gekennzeichnet. Sie entscheiden über die Wahl des Gutachtenformats, also die Gründlichkeit, in der sie das Gutachten erarbeiten, und über die gutachterliche Stellungnahme. Dies gilt auch für den Ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur (siehe Kapitel 6). Häufig stimmen Gutachter der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung in ihren Stellungnahmen nicht überein, wenngleich nicht geklärt werden konnte, wie häufig dies der Fall ist. Unterschiede in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit (Divergenzen) werden in der Regel einvernehmlich gelöst, wobei sich der Gutachter bzw. die Gutachterin jenes Trägers durchsetzt, der bzw. die mehr Ressourcen (besser begründete Gutachten) mobilisieren kann (siehe Kapitel 5). Die einvernehmliche Lösung wird dadurch begünstigt, dass Angehö-

rige derselben Profession, nämlich Mediziner_innen, versuchen, sich zu einigen. Sie verfügen über jeweils ähnliche Ausbildungen, üben ähnliche Tätigkeiten aus und folgen ähnlichen oder identischen Leitlinien. Die Gutachter_innen der beiden Träger (BA und Rentenversicherung) verständigen sich im Wissen um die rechtlichen Rahmenbedingungen, d.h. die Gutachter_innen des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur wissen, dass im Divergenzverfahren das Letztentscheidungsrecht bei der Rentenversicherung liegt. Aber die einvernehmliche Beilegung von Divergenzen, d.h. die Klärung von Bewertungsunterschieden ohne ein förmliches Divergenzverfahren, geschieht nicht rein formal, sondern auf Grundlage des besser begründeten Gutachtens.

Steuerungsunterschiede innerhalb der Rentenversicherung

Organisation und Verfahren der Rentenversicherungsträger weisen eine erhebliche Varianz untereinander auf. Sie unterscheiden sich in der Organisation der Begutachtung (Schwerpunkt auf interne bzw. externe Begutachtung) und in dem Stellenwert, den sie dem Benchmarking (dem Leistungsvergleich der Träger der Rentenversicherung untereinander) beimessen. Ein weiterer Unterschied wurde in der Bewertung von Widersprüchen und Klagen durch die Rentenversicherung sichtbar. Es war nicht Ziel des Projektes – und lässt sich nicht nachträglich realisieren –, diese Unterschiede zu bewerten. Diese Unterschiede haben Auswirkungen auf die Antragsbearbeitung und in der Folge auch auf die Chancen, dass eine Erwerbsminderungsrente festgestellt wird. Hingegen konnten keine Anhaltspunkte dafür gefunden werden, dass in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und der Bewilligung von EM-Renten nach Budgets gesteuert wird. Vielmehr erfolgt die Steuerung der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit über professionsbezogene Mechanismen, nämlich durch Einarbeitung, Weiterbildung und Monitoring (siehe Kapitel 5). Auch über professionsbezogene Mechanismen lässt sich – innerhalb gegebener rechtlicher Grundlagen – der Zugang verengen oder ausweiten, aber bis sich Änderungen bei der Einarbeitung, in der Weiterbildung oder beim Monitoring in veränderten gutachterlichen Stellungnahmen niederschlagen, vergeht ein deutlich längerer Zeitraum, als es etwa aufgrund von rechtlichen Änderungen zu erwarten ist oder einer Anpassung von budgetgesteuerter Zielgrößen zu erwarten wäre. Typische Faktoren, die auf ein professionelles Feld einwirken und professionsbezogene Steuerungsmechanismen verändern, sind wissenschaftliche Erkenntnisse, theoretische Interpretationen, Praxiserfahrungen und kultureller Wandel.

Aktivierendes Erwerbsminderungsrentenrecht?

Zu den Ergebnissen der Untersuchung gehört schließlich, dass die als im Hinblick auf Erwerbstätigkeit aktivierend gedachten Elemente des neuen Erwerbsminderungsrentenrechts (teilweise Erwerbsminderungsrente, befristete Erwerbsminderungsrente, Wegfall des Berufsschutzes) kaum unterstützend für die Betroffenen zum Tragen kommen. Dies ist in der Organisation der Interaktion der Rentenversicherung mit den Versicherten, der Ressourcenverwendung der Rentenversicherung und der Beteiligung der Arbeitsagentur begründet (siehe Abschnitt 6.1).

Die Rentenversicherung kommuniziert mit den Versicherten nahezu ausschließlich schriftlich. Persönliche Einladungen, wie sie im Bereich der Arbeitsvermittlung gang und gäbe sind, um eine Integrationsstrategie zu definieren und umzusetzen, sind in der Rentenversicherung nicht vorgesehen. Obwohl auch die Rentenversicherung Beratungskapazitäten bereitstellt und einen eigenen „Firmenservice“ betreibt, sind die Ressourcen der Rentenversicherung nicht für eine fallbezogene Integrationsarbeit angelegt. Im arbeitsteilig gegliederten System ist dies vielmehr die Aufgabe der Arbeitsagenturen.

Im Vergleich von Arbeitsagentur und Rentenversicherung ist eine signifikante Ressourcenasymmetrie beider Leistungsträger festzustellen, die Folgen für die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten hat. Die Arbeitsagentur stellt die Verschlussenheit des Arbeitsmarktes fest, was eine Voraussetzung dafür ist, dass Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung in volle Erwerbsminderungsrenten umgewandelt werden. Die Rentenversicherung hat bislang keine Möglichkeiten, die Einschätzung der jeweiligen lokalen Arbeitsagentur anzuzweifeln oder selbst die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes einzuschätzen. In gewisser Weise zeigt sich hier eine Ressourcenüberlegenheit der Arbeitsagentur, während bei den sozialmedizinischen Gutachten eine Ressourcenunterlegenheit gegenüber der Rentenversicherung besteht.

7.2 Sozialwissenschaftliche Bedeutung der Ergebnisse

Die Absicherung gegen Erwerbsminderung ist eine der wichtigsten Leistungen des Sozialstaates. Sie ist zugleich ein Paradebeispiel für die gesellschaftliche Konstruktion von sozialstaatlichen Leistungen. Am Beispiel der Erwerbsminderungsrente lässt sich exemplarisch studieren, worauf sich die sozialstaatlichen Aktivitäten bei der „Konstruktion“ von Leistungen erstrecken.

Die gesellschaftliche Konstruktion sozialstaatlicher Leistungen erfolgt in drei Dimensionen. Die erste Dimension ist die Definition des versicherten Risikos: Dies wird oft als „Konditionalisierung“ einer Leistung bezeichnet, wobei sich eine Konditionalisierung der Umstände (Lebenslage) und eine Konditionalisierung des Verhaltens unterscheiden lassen (Clasen/Clegg 2007). Das versicherte Risiko bzw. die Konditionalisierung erfasst also, welche Lebenslage abgesichert werden soll und welche Anforderungen an das Individuum gestellt werden, um diese Lebenslage möglichst zu überwinden. Die zweite Dimension ist die Generosität und Finanzierungsgrundlage der Leistung. Hieraus erwachsen ökonomische und „moralökonomische“ Möglichkeiten und Restriktionen: Wie soll die Leistung finanziert werden? Häufig wird zwischen einer Steuerfinanzierung und einer Beitragsfinanzierung unterschieden, und in der sozialpolitischen Diskussion stellt die Art der Finanzierung einen wichtigen Aspekt dar. Darüber hinaus spielt natürlich eine Rolle, in welchem Umfang Leistungen finanziert werden können. Die dritte Dimension schließlich ist die Zuweisung von Leistungen: Beruht sie auf einem Recht des Nutznießers oder auf einer Ermessensentscheidung eines Leistungsträgers (bzw. eines Dienstleisters bzw. einer *Human Service Organisation*)? Wie aufwändig ist das Antragsverfahren? Wie kann die Entscheidung über eine ablehnende Entscheidung überprüft werden? Diese und ähnliche Aspekte charakterisieren die dritte Dimension bei der Konstruktion sozialstaatlicher Leistungen, die als „Zuweisung“ oder auch „Zugangssteuerung“ bzw. Gatekeeping erfasst werden kann.

Die Zugangssteuerung ist nicht das gleiche wie die Konditionalisierung. Mittels Konditionalisierung werden Anforderungen an das Individuum formuliert, die Voraussetzungen für eine Leistung sind. Die Zugangssteuerung spielt hingegen auf Seiten der sozialstaatlichen Organisationen. Die Zugangssteuerung ist dann von besonderem Gewicht, wenn einerseits bei Leistungen des Sozialstaates ein Ermessensspielraum besteht. Dies ist beispielsweise bei Leistungen der Arbeitsförderung charakteristisch, wie z. B. der Förderung von Weiterbildung, der Beschäftigungsförderung etwa durch Eingliederungszuschüsse und Existenzgründungsförderung. Eine sozialstaatliche Instanz schätzt ein, ob die Situation des Antragstellers durch die Leistungserbringung verbessert werden kann. Die Zugangssteuerung ist andererseits dann von besonders großem Gewicht, wenn die Feststellung der individuellen Anspruchsvoraussetzungen so kompliziert ist, dass sich Entscheider auf Expertengutachten stützen müssen. Dies ist beispielsweise bei Erwerbsminderungsrenten der Fall. Ein anderes Beispiel wären Asylverfahren. Auch dort brauchen die Entscheider häufig Gutachten.

Wenn Gutachten über die Zuweisung zu sozialstaatlichen Leistungen entscheiden, dann sind Interaktionen zwischen Akteuren erforderlich, nämlich zwischen Akteuren, die die Gutachten erstellen, und solchen Akteuren, die die Gutachten für ihre Entscheidung brauchen. Diese Interaktionen lassen sich als „Arbeit an Schnittstellen“ bezeichnen. Fachlich-professionelle Grenzen sind zu überbrücken, und oft sind Organisationsgrenzen zu überwinden. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass es notwendig ist, zwischen organisationaler und professionsbezogener Interaktion zu unterscheiden. Organisationale Interaktion folgt Hierarchien, und sie ist oft entlang von Organisationsinteressen, wie z.B. einem gleichmäßigen Arbeiten und guter Kapazitätsauslastung strukturiert. Professionsbezogene Interaktion folgt den „Standards des Fachs“, und die sind im Regelfall theoretisch fundiert. Die gutachtenbezogene Interaktion, wie sie für die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten typisch ist, ist zudem dadurch charakterisiert, dass Verständigung zwischen unterschiedlichen Professionen innerhalb von Organisation herzustellen ist. Aufgrund der Notwendigkeit, Erkenntnisse aus unterschiedlichen Professionen zu einer Entscheidung zu verknüpfen, entstehen Abstimmungsprobleme, die sich durch Vorgaben zur unmissverständlichen Kommunikation der (gutachterlichen) Ergebnisse, durch Regelungen zu Bindungswirkungen sowie durch eine gemeinsame Organisationskultur begrenzen lassen. Daneben gibt es aber auch Verständigungsprozesse innerhalb von Professionen über Organisationsgrenzen hinweg. Auch hier gilt es Abstimmungsprobleme zu lösen. Sie bestehen im Fall der Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten darin, dass die Bindungswirkung der Entscheidungen, die von einer Organisation erlassen werden, rechtlich klar geregelt ist. Die professionsbezogene Verständigung orientiert sich aber primär nicht an der rechtlichen Über- und Unterordnung der jeweiligen Organisation, sondern an den Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls. Es ist zu vermuten, dass diese Verwicklungen von organisationaler/hierarchischer und professionsbezogener Kommunikation in ähnlichen Zuweisungsprozessen von sozialstaatlichen Leistungen – d.h. in Zuweisungsprozessen, die durch Gutachten geprägt sind – eine wichtige Rolle spielen. Die „Entscheider“ sind an die Gutachten umso eher gebunden, je sorgfältiger die Gutachten erstellt sind, d.h. je stärker sie professionsdefinierten Standards folgen. Die Sorgfalt wiederum ist von Organisationsentscheidungen abhängig. Im Beispiel der Erwerbsminderungsrenten waren wichtige Organisationsentscheidungen, die die Gutachtenqualität – und damit ihre bindende Kraft für die nachfolgenden Entscheider – beeinflussten, Vorgaben zur Bearbeitungszeit, Vorgaben zur Verfügbarkeit bestimmter Gutachtenformate (Ausmaß, in

dem allein aufgrund der Aktenlage begutachtet wird) und die Arbeit mit organisationseigenen bzw. organisationsexternen Gutachtern.

Widersprüche und Klagen können Entscheidungen revidieren, indem sie an zwei Punkten ansetzen: Entweder haben die Gutachten den zu ermittelnden Sachverhalt (in der vorliegenden Untersuchung die Erwerbsminderung) nicht richtig erfasst, oder die „Übersetzung“ der gutachterlichen Stellungnahme in eine Entscheidung zur Feststellung der Erwerbsminderungsrente wird bezweifelt. Widersprüche und Klagen spielen eine erhebliche Rolle in der Bewilligung von Sozialleistungen. Und obwohl Widersprüche und Klagen Entscheidungen revidieren können, können sie doch nicht die Zeit zurückdrehen und den Zustand, wie er bei der ursprünglichen Entscheidung bestand, wiederherstellen. Die Rolle, die Widersprüchen und Klagen zukommt, wird grundsätzlich durch sozialrechtliche Regelungen beeinflusst. Sie wird aber auch durch Organisationsentscheidungen beeinflusst, wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat. So können sich Sozialleistungsträger darin unterscheiden, wie wichtig es ihnen ist, von vornherein bestandskräftige Entscheidungen zu treffen, was größere Sorgfalt und wohl auch antragsfreundlichere Entscheidungen erfordert. Organisationen können umgekehrt auf zunächst schnelle Entscheidungen orientieren, müssen dann aber mehr Ressourcen in die Korrektur von Widersprüchen und die Kosten aufgrund erfolgreicher Klagen investieren. Sie würden dann Leistungsanträge eher ablehnen, aber eine hohe „Erfolgsquote“ (aus Sicht der Kläger) bei Widersprüchen und Klagen hinnehmen. Dies begrenzt die Aussagekraft von Indikatoren wie „Widerspruchsquote“, „Abhilfequote“ und letztlich auch der „Bewilligungsquote“, wenn sie isoliert betrachtet werden.

Die drei Gestaltungsdimensionen sozialstaatlicher Leistungen weisen Affinitäten zu dominanten Theorien und Gestaltungshebeln auf. Für die Konditionalisierung bzw. das versicherte Risiko sind in erster Linie rechtliche Fragen zu diskutieren, bzw. die genaue Definition des versicherten Risikos kann mit juristischen Mitteln verändert werden. Fragen der Generosität sind oftmals Fragen von Anreizen, die unter ökonomischen Blickwinkeln betrachtet werden. Fragen der Zugangssteuerung lassen sich hingegen nicht ausreichend juristisch und auch nicht ökonomisch klären. In der vorliegenden Untersuchung war es vor allem die organisationssoziologische und professionssoziologische Perspektive, die zusätzlichen Aufschluss erbracht hat.

Zusammengefasst weisen diese Überlegungen darauf hin, dass die Konstruktion sozialstaatlicher Leistungen zum einen durch staatliche Sozialpolitik, zum anderen aber auch durch Organisationspolitik von Sozialstaatsorganisationen beeinflusst ist. Während die Sozialpolitik öffentlich einsehbar, um-

stritten und diskursiv ist, entfaltet sich die Organisationspolitik oftmals im Verborgenen – die wesentlichen Stellschrauben sind von außen nicht ohne Weiteres feststellbar –, und die dazugehörigen Diskurse sind eher technokratisch und expertenorientiert. Vielleicht erklärt dies, warum Fragen der Konditionalisierung und der Generosität sozialpolitisch intensiv diskutiert werden, eine politische Diskussion der Zugangssteuerung und der Zuweisung sozialstaatlicher Leistungen aber nur selten gelingt. Die vorliegende Untersuchung zeigt jedenfalls, dass die Zugangssteuerung für den Charakter einer sozialstaatlichen Leistung bedeutsam ist, auch wenn sie in der sozialpolitischen und – daran oftmals gebundenen – sozialwissenschaftlichen Diskussion nicht gebührend betrachtet wird.

7.3 Sozialpolitische Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung hat diverse Probleme in der Zugangssteuerung zutage gefördert, und die Ergebnisse erlauben Schlussfolgerungen, wie diese Probleme möglicherweise verringert werden könnten. Aus dem bereits Gesagten dürfte aber auch deutlich geworden sein, dass im Rahmen dieser Untersuchung die Schlussfolgerungen weder in Grand Designs – in umfassenden Re-Arrangements der Beziehungen der Sozialleistungsträger zueinander – noch in sehr kleinteiligen Ausführungsbestimmungen gesetzlicher, organisatorischer oder professioneller Vorgaben zu suchen sind (für beides siehe Welti/Großkreutz 2013). Angestrebt wird in den abschließenden Ausführungen vielmehr eine Reichweite, die auf den sozialpolitischen Diskurs zielt und dabei den Ergebnissen der Untersuchung verpflichtet bleibt. Gestaltungsbedarf zeichnet sich demnach in den Feldern der *Abläufe* in der Zugangssteuerung, in den *Rechten der Versicherten*, im *Umgang mit Leistungseinschränkungen außerhalb der Erwerbsminderungsrente* sowie schließlich bei der sozialpolitischen *Zielsetzung der Erwerbsminderungsrente* ab. Jeder dieser Punkte ist komplex und kann nur in ausgewählten Aspekten betrachtet werden.

Abläufe in der Zugangssteuerung

Auch wenn in dieser Untersuchung die Perspektive der Versicherten nicht explizit untersucht wurde, haben zahlreiche Äußerungen des beteiligten Personals, aber auch der einbezogenen Interessenvertreter, sehr deutlich gezeigt, dass den Versicherten die Abläufe oft nicht klar sind. Aufgrund von Unkenntnis riskieren sie, ihre Rechte nicht vollumfänglich wahrzunehmen, etwa bei der Ausschöpfung des Krankengeldbezugs oder der Mitwirkung bei

der Wahl von Gutachtern. Das Verfahren stellt die Antragsteller zudem vor eine schizophrene anmutende Anforderung, dass sie sich u. U. – nämlich wenn sie einer Antragsablehnung widersprechen und keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben – gleichzeitig als erwerbsgemindert darstellen (denn dies begründet den Widerspruch) und der Arbeitsagentur gegenüber als vermittlungsfähig und damit erwerbsfähig erklären müssen. Denn dies ist erforderlich, um Leistungen nach dem SGB III bzw. SGB II zu erhalten, nachdem die Grundlage für das Arbeitslosengeld nach § 145 SGB III, das bis zur Antragsentscheidung gezahlt wurde, entfallen ist. Hierfür mag es ad hoc-Lösungen und Absprachen zwischen Antragsteller und Vermittlungsfachkraft geben, aber natürlich verunsichert die Notwendigkeit, widersprüchliche Erklärungen abgeben zu müssen, die Antragsteller.

Ein weiterer problematischer Aspekt in den Abläufen ist, dass Vermittlungsfachkräfte in der öffentlichen Arbeitsvermittlung teilweise mit seltenen Fallkonstellationen konfrontiert sind, für die kaum Erfahrungswissen vorliegt. Zudem gibt es kaum eine fallbezogene Zusammenarbeit über Trägergrenzen hinweg. Gerade der Charakter der Zugangssteuerung als ein Prozess mit „Schleifen statt Stufen“, also mit Rückverweisen und erneuten Überprüfungen trägt dazu bei, dass die Abläufe für die Versicherten schwer durchschaubar sind.

Welche Lösungen sind hier denkbar? Sie liegen sowohl auf der rechtlichen sowie auf der organisatorischen Ebene (und in der Verbindung von beidem). Informationen über das System und seine Leistungsangebote (und Leistungsvoraussetzungen) lassen sich besser bereitstellen, indem die Beratungstätigkeit der Sozialversicherungsträger ausgebaut wird. Die Beratungspflicht liegt zunächst bei den Trägern, auch wenn viele Versicherte eine „Zweitmeinung“ oder auch eine Erstmeinung durch Beratungsdienste der Sozialverbände, Gewerkschaften oder ähnlichem einholen. Die Bescheide sollten Hinweise auf lokale Beratungsstellen enthalten.

Weiterhin scheinen frühzeitige Untersuchungen zur Erwerbsfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Entwicklung im Auftrag der Rentenversicherung sinnvoll ebenso wie eine stärkere Beratungstätigkeit von Ärzt_innen. Dadurch ließen sich Probleme mit der Nahtlosigkeit – der für Versicherte nur schwer verständliche vorübergehende Durchgang durch das SGB III – verringern. Zudem könnten mit frühzeitigen Untersuchungen und darauf aufsetzenden schnellen Therapien möglicherweise gesundheitliche Verschlechterungen und Chronifizierungen vermieden werden.

Damit Vermittlungsfachkräfte auch mit seltenen Fallkonstellationen medizinischer und sozialrechtlicher Art angemessen umgehen, ist der Aufbau

von Wissenspools und Kompetenzdatenbanken sinnvoll; zudem sollte in die Weiterbildung der Fachkräfte investiert werden. Nicht zuletzt erschwert eine hohe Personalfuktuation gerade unter den Integrationsfachkräften im Jobcenter den Aufbau von Erfahrungswissen.

Den beschriebenen Kommunikationsbarrieren ließe sich durch persönlichen Austausch und professionsübergreifende Fallkonferenzen, wie sie als Teilhabekonferenzen für behinderte Menschen möglich sind, entgegenwirken.

Rechte der Versicherten in der Begutachtung

Aus den Berichten der gutachtenden Mediziner_innen sowie der Fachkräfte in Beratungsstellen ist hervorgegangen, dass die Versicherten oft verunsichert sind über das Vorgehen bei der Antragstellung im Allgemeinen und bei der Begutachtung im Besonderen. Ebenso scheinen ihnen die Folgen von Feststellungen im Begutachtungsprozess oft nicht klar zu sein. Derartige Unsicherheiten erschweren die Akzeptanz der Entscheidungen und nähren Zweifel an der Fairness des Systems. Besonders anfällig hierfür sind anscheinend Begutachtungen allein aufgrund vorliegender Akten und ohne persönliche Vorstellung.

Praktiker_innen und sozialpolitische Expert_innen stimmen darin überein, dass Begutachtungen nach Aktenlage nicht per se defizitär sind. Allerdings reichen sie oft nicht aus, um zu einer zutreffenden Einschätzung zu gelangen.

Hier bieten sich mehrere Lösungen an, die teilweise anscheinend schon praktiziert werden, aber bislang noch keinen Anspruch der Versicherten begründen. Zum einen sollte ein Recht auf eine persönliche Begutachtung geschaffen werden; erst recht, wenn den Erwartungen des Antragstellers nicht entsprochen wird. Zumindest sollte dem Versicherten die Gelegenheit zur persönlichen Vorsprache bei der für die Begutachtung zuständigen Stelle gegeben werden, um das eigene Anliegen bzw. den eigenen Fall darzustellen. Zum Zweiten sollten Begutachtung und die Diskussion von leistungsrechtlichen Konsequenzen eng miteinander verbunden werden, idealerweise durch den begutachtenden Arzt. Hierbei geht es nicht nur um die Begutachtung dessen, was angesichts einer gegebenen Leistungsfähigkeit angemessene Leistungen sein könnten. Die Vorstellung, dass die Leistungsfähigkeit objektiv und stabil „gegeben“ ist, ist fiktiv. Die Umsetzung des „Restleistungsvermögens“ hängt von den Interessen des Versicherten ab, und von den Arbeitsumgebungen, die besser oder schlechter auf die Leistungsfähigkeit angepasst sein können. Dem dient auch der neue Begriff von Behinderungen im

SGB IX (§ 2 Abs. 1), der ausdrücklich auf Barrieren, also Umweltbedingungen, abstellt. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, in die Beratungsarbeit auch einzubeziehen, was die unterschiedlichen Ergebnisse der Begutachtung bzw. der Antragstellung sein können, und wie erstrebenswert diese aus individueller Perspektive sind. Die Versicherten sollen also durch Beratung in ihrer individuellen Zielklärung unterstützt werden. Eine Erwerbsminderungsrente mag vom Stress in der Arbeitswelt entlasten, aber häufig ist das Leistungsniveau so niedrig, dass sie Teilhabedefizite aufgrund materieller Einschränkungen auslöst. Wenn es eine allmähliche Sozialisation der Antragstellenden in die Erwerbsminderung hinein gibt, wie Behrens (1994) vermutet, dann sollte es auch ein „Gegenprogramm“ der Ermutigung und Befähigung zur Erwerbsintegration geben.

Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen außerhalb der EM-Rente

Die Schlussfolgerung des vorangegangenen Punktes, den Versicherten eine erwerbsintegrative Perspektive aufzuzeigen, kollidiert allerdings mit einem zentralen Befund der vorliegenden Untersuchung, nämlich dass Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen – darunter auch Personen mit abgelehnten Rentenanträgen – kaum „aktiviert“ werden.

Um dennoch die Integrationsaussichten der Betroffenen in Erwerbsarbeit zu verbessern und die soziale Teilhabe zu erhöhen, liegt eine Reihe von Vorschlägen auf dem Tisch. An erster Stelle zu nennen sind Modifikationen am SGB II mit dem Ziel, eine bessere Verzahnung von SGB II und SGB III zu erreichen (Kaps et al. 2017; Arbeitskreis Arbeitsmarktpolitik 2018). Grundidee ist, alle Instrumente der Arbeitsförderung im SGB III zu konzentrieren (und besser als bisher für alle Erwerbsfähigen, also auch für erwerbsfähige Leistungsbeziehende nach dem SGB II zugänglich zu machen), während das SGB II zu einer Grundsicherung für Erwerbsfähige mit erheblich gestärkten Elementen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe ausgebaut werden sollte. Auf diese Weise würde die Unterstellung der mehr oder weniger raschen Vermittelbarkeit von SGB II-Leistungsbeziehenden in den allgemeinen Arbeitsmarkt abgeschwächt und würden die Teilhabebedarfe der Leistungsbeziehenden in den Mittelpunkt gerückt werden.

Hierfür müsste das Leitbild des „Fördern und Forderns“ neu interpretiert werden. Insbesondere müssten die teilhabeförderlichen Elemente von Erwerbsarbeit in neuer Weise akzentuiert werden, d.h. Erwerbsarbeit dürfte nicht primär als Mittel genutzt werden, um Sozialleistungsbezug zu beenden oder zu verringern (und künftigen Sozialleistungsbezug im Alter zu vermei-

den), sondern müsste mindestens ebenso als ein Mittel für Wertschätzung und Anerkennung, soziale Kontakte, Selbstwirksamkeit und Ähnliches betont werden. Dafür wiederum bedarf es ausreichender Vorbilder an „Guter Arbeit“ im Erfahrungsbereich der Vermittlungsfachkräfte und arbeitssuchenden Personen. Ob dies für den betreffenden Personenkreis ausreichend auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt, ist zu bezweifeln. Vermutlich wird sich dies nicht ohne öffentlich geförderte Beschäftigung erreichen lassen.

Klärung zur Zielsetzung der Erwerbsminderungsrente

Und schließlich ist eine erneute gesellschaftliche Verständigung zur Zielsetzung bzw. Funktion der Erwerbsminderungsrente erforderlich. Durch den historischen Vergleich wurde gezeigt, dass das versicherte Risiko die bloße Arbeitsfähigkeit ist, die nicht mit der Erwerbsfähigkeit gleichzusetzen ist, und nicht die Fähigkeit zur Existenzsicherung oder gar zum Erwerb im Sinne von Teilhabe. Ein beliebig großer Einkommensausfall aus gesundheitlichen Gründen ist nicht durch die Erwerbsminderungsrente abgedeckt. Dieses sehr eng geführte Sicherungsziel bzw. abgesicherte Risiko dürfte den legitimen Erwartungen der Versicherten nicht gerecht werden. Die Notwendigkeit zur gesellschaftlichen Verständigung betrifft auch die Dauerhaftigkeit der Erwerbsminderungsrente: Vom Gesetzgeber ist die Erwerbsminderungsrente als regelhaft befristet angelegt, doch von Versicherten und Entscheidern als dauerhaft wahrgenommen. Daher sei ein Vorschlag wiederholt (Welti/Groskreutz 2013, S. 58 f.), der zunächst symbolischen Charakter haben mag, aber einen wichtigen Aspekt der anzustrebenden Sicherungsleistung betont: nämlich die Sicherung bei nicht dauerhafter Erwerbsminderung nicht mehr als „Rente“ zu bezeichnen, da dies eine dauerhafte Leistung suggeriert, während es doch das Ziel bleibt, auch bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit den Weg zur sozialen Teilhabe, darunter auch Erwerbsteilhabe, offen zu halten. Damit würde sich – über die Bezeichnung hinaus – auch der Charakter der Leistung hin zu einer integrationsorientierten Leistung verändern.

Die erwerbsintegrative Perspektive im Umfeld der Erwerbsminderungsrente ließe sich stärken, indem bei befristeten Erwerbsminderungsrenten eine bessere Unterstützung zur Rückkehr in den Arbeitsprozess angeboten wird, als dies gegenwärtig der Fall ist. Zu überlegen wäre außerdem ein Rückkehrrecht in Erwerbsminderungsrente (ohne erneuten Antrag), falls der Versuch scheitert, eine Arbeit aufzunehmen. Denn unter dem Schutz einer solchen Rückfalloption ist zu erwarten, dass die Bereitschaft, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, steigt. In den aktuellen Bundesprogrammen zur Integration von Langzeitarbeitslosen in Beschäftigung (ESF-Langzeitarbeitslosen-

programm sowie Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt) entstehen bei den Jobcentern Erfahrungen, wie sich – über eine Förderung der Lohnkosten hinaus – bei Arbeitgebern die Bereitschaft entwickeln lässt, Langzeitarbeitslose mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen zu beschäftigen.

Zu überlegen ist aber auch, die Schutzwirkung der Erwerbsminderungsrente zu stärken, indem der Verlust der Erwerbsfähigkeit als abzusicherndes Risiko stärker betont wird. Möglicherweise spielt das Lebensalter hier eine besondere Rolle: während eine berufliche Neuorientierung mindestens in der ersten Hälfte des Erwerbslebens, wahrscheinlich aber weit darüber hinaus, erwartet werden kann, gilt dies für das Ende des Erwerbslebens bzw. den Altersübergang nur eingeschränkt. Zudem sind die Chancen, am Ende des Erwerbslebens eine Beschäftigung in neuer Tätigkeit zu finden, gering. Es erscheint daher nicht abwegig, bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit das Einkommen bzw. den Einkommensverlust, den Beruf oder die hauptsächliche Tätigkeit zugrunde zu legen. Zudem werden auf diese Weise frühere Investitionen in die Qualifikation geschützt, was wiederum die individuelle „Investitionsbereitschaft“ erhöhen dürfte.

Sowohl die Sicherungsfunktion der Erwerbsminderungsrente als auch die Möglichkeiten für eine Erwerbsintegration von erwerbsgeminderten Personen zu stärken – dieser Widerspruch lässt sich entlang dieser skizzierten Linien vielleicht besser auflösen, als es im Rahmen der gegenwärtigen Zugangssteuerung der Fall ist.

LITERATURVERZEICHNIS

Abbott, Andrew Delano (1988): The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press.

Adler, Michael (2006): Fairness in Context. In: Journal of Law and Society 33 (4), S. 615–638.

Allingham, Michael (o. J.): Distributive Justice. In: Internet Encyclopedia of Philosophy. Online verfügbar unter www.iep.utm.edu/dist-jus/#SH2a, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Alsdorf, Nora/Engelbach, Ute V./Flick, Sabine/Haubl, Rolf/Voswinkel, Stephan (2017): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Band 190).

Anyadike-Danes, Michael (2010): What is the problem, exactly? The distribution of Incapacity Benefit claimants' conditions across British regions. In: Policy Studies 31 (2), S. 187–202.

Arbeitskreis Arbeitsmarktpolitik (Hrsg.) (2018): Solidarische und sozialinvestive Arbeitsmarktpolitik. Vorschläge des Arbeitskreises Arbeitsmarktpolitik. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (Study, 374).

Aurich-Beerheide, Patrizia/Catalano, Serida/Graziano, Paolo R./Zimmermann, Katharina (2015): Stakeholder participation and policy integration in local social and employment policies: Germany and Italy compared. In: Journal of European Social Policy 25 (4), S. 379–392.

Aurich-Beerheide, Patrizia/Zimmermann, Katharina (2017): Soziale Dienstleistungen für Arbeitslose – Lokale Welten der Politikfeldintegration? In: Zeitschrift für Sozialreform 63 (2), S. 247–274.

Bäcker, Gerhard (2012): Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Duisburg, Düsseldorf (Altersübergangs-Report, 2013–03). Online verfügbar unter www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-03/auem2012-03.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Bahemann, Andreas (2012): Begutachtung der Leistungsfähigkeit aus Sicht von Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften. In: Bahemann, Andreas/Becher, Stephan/Ludolph, Elmar (Hrsg.): Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. Nach der curricularen Fortbildung der Bundesärztekammer „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“; 72 Tabellen. 1. Auflage. Stuttgart (u. a.): Thieme, S. 53–69.

Bahmer, Judith/Meisel, S./Horschke, A. (2012): Projekt zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die gutachterliche Leistungsbeurteilung im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente („PEgl“) – Ergebnisse einer Online-Studie der Begutachtungsforschung im Indikationsbereich Orthopädie. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften, 98), S. 287–288.

Barbier, Jean-Claude (2004): Systems of social protection in Europe: two contrasted paths to activation, and maybe a third. In: Lind, Jens/Knudsen, Herman/Joergensen, Henning (Hrsg.): Labour and Employment Regulation in Europe. Brüssel: PIE Lang, S. 233–254.

Bauer, Frank/Fuchs, Philipp/Jung, Matthias (2015): Arbeitsvermittler als Pädagogen und Pädagogen als Arbeitsvermittler. In: Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller-Hermann, Silke (Hrsg.): Bedrohte Professionalität. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 279–301.

Beatty, Christina/Fothergill, Stephen/MacMillan, Rob (2000): A Theory of Employment, Unemployment and Sickness. In: Regional studies 34 (7), S. 617–630.

- Beatty, Christina/Fothergill, Steve (2013):** Disability Benefits in the UK: An Issue of Health or Jobs? In: Lindsay, Colin/Houston, Donald (Hrsg.): Disability benefits, welfare reform and employment policy: Palgrave Macmillan, S. 15–32.
- Behrens, Johann (1994):** Der Prozess der Invaldisierung – das demographische Ende eines historischen Bündnisses. In: Behrend, Christoph (Hrsg.): Frühinvalidität – ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin: DZA (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 90), S. 105–135.
- Behrens, Johann/Rabe-Kleberg, Ursula (2000):** Gatekeeping im Lebensverlauf – Wer wacht an Statuspassagen? Ein forschungspragmatischer Vorschlag, vier Typen von Gatekeeping aufeinander zu beziehen. In: Hoerning, Erika M./Alheit, Peter (Hrsg.): Biographische Sozialisation. Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 101–135.
- Beste, Jonas/Bethmann, Arne/Gundert, Stefanie (2014):** Materielle und soziale Lage der ALG-II-Empfänger. Nürnberg (IAB-Kurzbericht, 24/2014).
- Bethge, M./Egner, U./Streibelt, M./Radoschewski, F. M./Spyra, K. (2011):** Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54 (11), S. 1221–1228.
- Bieback, Karl-Jürgen (2014):** Das Erwerbsminderungsrisiko im Übergang von Erwerbstätigkeit zur EM-Rente. Verteilung des Erwerbsminderungsrisikos zwischen den Sozialleistungssystemen und die Abstimmung zwischen den einzelnen Sicherungsformen: Probleme und Forschungsfragen (Forschungsbericht an das FNA). Berlin.
- Bode, Ingo (2004):** Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus. Die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Wiesbaden: Springer VS.
- Bödeker, Wolfgang/Fiedel, Heiko/Friedrichs, Michael/Röttger, Christof (2006):** Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschung, 1080).
- Bogedan, Claudia/Bothfeld, Silke/Leiber, Simone (2009):** Fragmentierung des Bismarck'schen Sozialstaatsmodells. Ein Vorschlag zur Erfassung von Wandel in Sozialversicherungsländern. In: Sozialer Fortschritt 58 (5), S. 102–109.
- Bönker, Frank (2011):** Kommunalisierung der Sozialpolitik? Die Entwicklung der sozialpolitischen Rolle der Kommunen in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Schweden. In: Hanesch, Walter (Hrsg.): Die Zukunft der sozialen Stadt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 97–153.
- Börsch-Supan, Axel (2011):** Health and disability insurance. In: Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung 44 (4), S. 349–362.
- Börsch-Supan, Axel/Brugiavini, Agar/Croda, Enrica (2009):** The role of institutions and health in European patterns of work and retirement. In: Journal of European Social Policy 19 (4), S. 341–358.
- Bothfeld, Silke/Rouault, Sophie (2015):** Was macht eine effiziente Gleichstellungspolitik aus? Das Instrument Frauenquote im internationalen Vergleich. In: WSI-Mitteilungen 68 (1), S. 25–34.
- Bourdieu, Pierre/Wacquant, Louc (1992):** Invitation to a Reflexive Sociology. Chicago: University of Chicago Press.
- Brauer, J./Mittag, Oskar/Raspe, Heiner (2009):** Warum stellen Versicherte trotz erhaltenem erwerbsbezogenen Leistungsvermögen einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung? – Eine qualitative Studie an Patienten nach kardialen Ereignissen. In: Gesundheitswesen 71 (12), S. 799–808.

BR-Drs. 755/00: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Beschluss des Bundesrates vom 17.11.2000.

Brodkin, Evelyn Z. (2010): Human Service Organizations and the Politics of Practice. In: Hasenfeld, Yeheskel (Hrsg.): Human services as complex organizations. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, S. 61–78.

Brussig, Martin (2012): Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt: Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten. Duisburg, Düsseldorf (Altersübergangs-Report, 2012–04). Online verfügbar unter www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-04/auem2012-04.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Brussig, Martin (2015): In die Rente wider Willen? In: WSI-Mitteilungen 68 (6), S. 407–416.

Brussig, Martin (2017): Methoden und Daten zur Erforschung spezieller Organisationen: Organisationen der Sozialversicherung. In: Liebig, Stefan/Matiaske, Wenzel/Rosenbohm, Sophie (Hrsg.): Handbuch Empirische Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer Gabler (Springer Reference Wirtschaft), S. 589–608.

Brussig, Martin/Aurich-Beerheide, Patrizia/Schwarzkopf, Manuela (2014): Regionale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrenten. In: Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.): Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014. 1. Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 1), S. 93–101.

Brussig, Martin/Knuth, Matthias (2011): Reformoptionen in der „Grundsicherung für Arbeitssuchende“. Individualisieren, konzentrieren, intensivieren. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn (WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik).

Brussig, Martin/Knuth, Matthias (2013): Germany: Attempting to activate the long-term unemployed with reduced working capacity. In: Lindsay, Colin/Houston, Donald (Hrsg.): Disability benefits, welfare reform and employment policy. Basingstoke: Palgrave, S. 153–177.

BT-Drs. 14/4230: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 09.10.2000.

BT-Drs. 17/10323: Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 10.07.2012. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Bundesagentur für Arbeit – Statistik (2013): Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Deutschland. Dezember 2013 (Arbeitsmarkt in Zahlen – Statistik über Leistungen nach dem SGB III).

Bundesagentur für Arbeit (2011): Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II. Fachliche Hinweise: § 5 SGB II – Verhältnis zu anderen Leistungen, vom 06.06.2011.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). 20.12.2013 Version 8.0 – Intern. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2012): Berufliche Rehabilitation – Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Zwischenbericht. Berlin (Berufliche Rehabilitation, F427). Online verfügbar unter www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb427-berufliche-rehabilitation.html.

Bundessozialgericht, Urteil vom 04.06.1981, Aktenzeichen 3 RK 50/80.

Bundessozialgericht, Urteil vom 05.02.2009, Aktenzeichen B 13 R 27/08 R.

Bundessozialgericht, Urteil vom 07.12.2004, Aktenzeichen B 1 KR 6/03 R.

Bundessozialgericht, Urteil vom 09.05.2012, Aktenzeichen B 5 R 68/11 R.

Bürger, Wolfgang/Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 48 (04), S. 211–221.

Child, John (1972): Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice. In: *Sociology* 6 (1), S. 1–22.

Child, John (1997): Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect. In: *Organization studies* 18 (1), S. 43–76.

Clasen, Jochen/Clegg, Daniel (2006): Beyond activation: Reforming European unemployment protection systems in post-industrial labour markets. In: *European Societies* 8 (4), S. 527–553.

Clasen, Jochen/Clegg, Daniel (2007): Levels and levers of conditionality: measuring change within welfare states. In: Clasen, Jochen/Siegel, Nico A. (Hrsg.): *Investigating Welfare State Change: The 'Dependent Variable Problem' in Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar, S. 166–197.

Dannenberg, Andreas/Hofmann, Jürgen/Kaldybajewa, Kalamkas/Kruse, Edgar (2010): Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. In: *RV aktuell* (9), S. 283–293.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2014a): Rechtliche Arbeitsanweisungen und Gesetzestexte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Stand: 15.12.2014.

Deutsche Rentenversicherung (2014b): Rentenversicherung in Zahlen 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011): Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung. Dezember 2011. Berlin (DRV-Schriften, 96).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund (21. März 2013). Berlin.

Dickmann, J.R.M./Broocks A. (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 75, S. 397–401.

Dragano, Nico (2007): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

DRV (o. J.): Informationen zur Organisationsreform. Online verfügbar unter goo.gl/pU4mxR, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Echterhoff, Wilfried/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.

Eicher, Wolfgang/Spellbrink, Wolfgang/Blüggel, Jens (2013): SGB II. Grundsicherung für Arbeitssuchende; Kommentar. 3., neu bearb. Auflage. München: Beck.

Erlinghagen, Marcel/Knuth, Matthias (2010): Unemployment as an institutional construct? Structural differences in non-employment between selected European countries and the United States. In: *Journal of Social Policy* 39 (1), S. 71–94.

Erlinghagen, Marcel/Zink, Lina (2008): Arbeitslos oder erwerbsunfähig? Unterschiedliche Formen der Nicht-Erwerbstätigkeit in Europa und den USA. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 60, S. 579–608.

Esping-Andersen, Gøsta (1990): The three worlds of welfare capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Figstein, Neil/McAdam, Doug (2011): Towards a General Theory of Action Fields. In: Sociological Theory 29 (1), S. 1–26.

Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen (2000): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (BT-Drs., 14/4230). Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/042/1404230.pdf>, zuletzt geprüft am 24.05.2017.

Frank, Susanne/Zdrahal-Urbaneck, Julia/Meng, Karin/Holderied, Anton/Vogel, Heiner (2004): Vergleich unterschiedlicher Systeme der sozialmedizinischen Begutachtung bei der Steuerung des Reha-Zugangs (Multi-Center-Studie). Abschlussbericht Projekt C2 des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbunds Bayern (RFB). Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Würzburg.

Friedland, Roger/Alford, Robert (1991): Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In: Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago: University of Chicago Press, S. 232–263.

Fuchsloch, Christine (2011): Mythos Nahtlosigkeit und Einkommensersatz bei Leistungen. In: Bieback, Karl-Jürgen/Fuchsloch, Christine/Kohte, Wolfhard (Hrsg.): Arbeitsmarktpolitik und Sozialrecht. Zu Ehren von Alexander Gagel, Rechtsstand: voraussichtlich Dezember 2010. 1., neue Ausgabe. München: Beck, C H (Festschriften, Festgaben, Gedächtnisschriften), S. 135–148.

Gehrke, Jörg/Mai, H. (2009): Sozialmedizinische Begutachtung: Wie groß ist die Übereinstimmung von Ärzten bei der Beurteilung von Gutachten im Rentenverfahren. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 83), S. 250–251.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, in der Fassung vom 20. Oktober 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAAnz AT 23.12.2016.

Gerdes, Nikolaus/Karl, E. L./Jäckel, Wilfried H. (2006): Computergestütztes Expertensystem zur Bewertung von Reha-Anträgen (CEBRA). In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 64), S. 269–271.

Glatz, A./Anneken, V./Heipertz, W./Kraus, T./Weber, A. (2007): Das Arbeitsbelastungsniveau – Standardisierte Selbstauskunft und Messung im Vergleich. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 72), S. 320–321.

Götz, Marion/Roth, Sabine/Chojetzki, Uwe (2011): Rechtliche Grundlagen für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 3–25.

Grande, G./Rommel, M. (2005): Ein Vergleich der Einstellungen zur Rehabilitation von Akutärzten in Orthopädie und Kardiologie. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 59), S. 149–150.

Green, Anne/Shuttleworth, Ian (2010): Local differences, perceptions and Incapacity Benefit Claimants. In: Policy Studies 31 (2), S. 223–243.

Haerendel, Ulrike (2011): Die historische Entwicklung bis 1945. In: Eichenhofer, Eberhard/Schmähl, Winfried/Rische, Herbert (Hrsg.): Handbuch der Gesetzlichen Rentenversicherung, SGB VI. Neuwied, S. 1–32.

Hagen, Christine/Himmelreicher, Ralf K./Kemptner, Daniel/Lampert, Thomas (2010):

Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Datenbasis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten. Berlin (RatSWD Research Notes, 44).

Hasenfeld, Yeheskel (1983): Human service organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall (Prentice-Hall series in social work practice).

Hasenfeld, Yeheskel (2010): Organizational Forms as Moral Practices. In: Hasenfeld, Yeheskel (Hrsg.): Human services as complex organizations. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, S. 97–114.

Heckman, James J./Smith, Jeffrey A. (2004): The Determinants of Participation in a Social Program: Evidence from a Prototypical Job Training Program. In: Journal of Labor Economics 22 (2), S. 243–298.

Heidenreich, Martin/Aurich-Beerheide, Patrizia (2014): European Worlds of inclusive activation: The organisational challenges of coordinated service provision. In: International Journal of Social Welfare 23 (S1), S. S6-S22.

Heidenreich, Martin/Rice, Deborah (2016): Integrating social and employment policies at the local level: conceptual and empirical challenges. In: Heidenreich, Martin/Rice, Deborah (Hrsg.): Integrating Social and Employment Policies in Europe. Active Inclusion and Challenges for Local Welfare Governance: Edward Elgar Pub, S. 16–50.

Hermann, Christopher (1990): Die Zeit von 1957 bis 1991. In: Ruland, Franz (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlass des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung. Neuwied: Luchterhand (Schriftenreihe des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt, Bd. 1), S. 105–139.

Hesse, Bettina/Gebauer, E. (2011): Sozialmedizinische Begutachtung im Rentenverfahren: Stellenwert, Forschungsbedarf und Chancen. In: Rehabilitation 50 (01), S. 17–24.

Hesse, Bettina/Gebauer, E./Heuft, G. (2007): Die IREPRO-Indikatorenliste – eine Arbeitshilfe zur systematischen Beurteilung von Reintegrations-Prognose und Rehabilitationsbedürftigkeit in der psychiatrischen Rentenbegutachtung. In: Rehabilitation 46 (1), S. 24–32.

Hien, Wolfgang/Pramann, Klaus (2008): Nicht nur die Person verändern, sondern auch die Institutionen, die sie umgeben. Interview. In: Hien, Wolfgang/Bödeker Wolfgang: Frühberentung als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen? Beiträge zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion; (Fachtagung). Hrsg. v. Verlag für Neue Wissenschaften Wirtschaftsverlag NW und Bundesverband der Betriebskrankenkassen/Referat Gesundheit. Bremerhaven (Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 35), S. 203–220.

Hockerts, Hans Günter (1990): Entwicklungslinien der 100jährigen Geschichte der gesetzlichen Rentenversicherung: Die Rentenreform 1957. In: Ruland, Franz (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlass des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung. Neuwied: Luchterhand (Schriftenreihe des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt, Bd. 1), S. 93–104.

Höhne, Anke/Behrens, Johann/Schaepe, Christiane/Schubert, Michael/Zimmermann, Markus (2006): Medizinische Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten in Deutschland in regionaler Perspektive. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe), S. 278–280.

Höland, Armin (2016): Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung. Erste Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt. In: Soziale Sicherheit 65 (12), S. 450–451.

Höhne, S./Michel, A./Radoschewski, F. M. (2013): Die Doppelrolle als Behandler und Gutachter. Eine qualitative Untersuchung der Konfliktsituation und ihrer Lösungsstrategien. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften 101), S. 330–332.

- Hollederer, Alfons (2002):** Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35 (3), S. 411–428.
- Hollederer, Alfons (2011):** Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Auswertung des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- iso-Institut/Ochs, Peter (2006):** Organisatorischer Umbau der Bundesagentur für Arbeit. Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Arbeitspaket 2. Saarbrücken.
- Kaps, Petra/Bothfeld, Silke/Brussig, Martin/Hofmann, Tina/Knuth, Matthias (2017):** Normen und Strukturen einer solidarischen und investiven Arbeitsmarktpolitik. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (Working Paper Forschungsförderung, 47).
- Kardorff, Ernst von/Ohlbrecht, Heike/Tegethoff, Dorothea/Bartel, Susanne (2011):** Untersuchung der Grundlagen von ärztlichen Entscheidungsprozessen im Rentenantragsverfahren. Berlin.
- Kaschke, Lars (2000):** Eine versöhnende und beruhigende Wirkung? Zur Funktion der Rentenverfahren in der Invaliditäts- und Altersversicherung im Kaiserreich. In: Fisch, Stefan/Haerendel, Ulrike (Hrsg.): Geschichte und Gegenwart der Rentenversicherung in Deutschland. Beiträge zur Entstehung, Entwicklung und vergleichenden Einordnung der Alterssicherung im Sozialstaat. Berlin: Duncker & Humblot (Schriftenreihe der Hochschule Speyer, 141), S. 127–144.
- Kazepov, Yuri (Hrsg.) (2010):** Rescaling Social Policies. Towards Multilevel Governance in Europe. Surrey/Burlington: Ashgate.
- Kemp, Peter A./Davidson, Jacqueline (2010):** Employability trajectories among new claimants of Incapacity Benefit. In: Policy Studies 31 (2), S. 203–221.
- Knorrning, Mia von/Sundberg, Linda/Löfgren, Anna/Alexanderson, Kristina (2008):** Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 26, S. 22–28.
- Knuth, Matthias (2014):** Wo, bitte, ist hier der Ausgang? Perspektiven für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn (WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik).
- Knuth, Matthias (2016):** Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen. Arbeitsmarktpolitik reformieren, Qualifikationen vermitteln. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Finanzpolitik (WISO Diskurs, 2016, 21).
- Konle-Seidl, Regina (2009):** Notwendige Anpassung oder unzulässige Tricks. Erfassung von Arbeitslosigkeit im internationalen Vergleich. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB-Kurzbericht, 4).
- Künzel, Sebastian (2012):** The local dimension of active inclusion policy. In: Journal of European Social Policy 22 (1), S. 3–16.
- Kunze, Tanja/Benöhr, Elisabeth (2013):** Wiedereingliederung erwerbsgeminderter Rentner und Rentnerinnen ins Arbeitsleben: Das Modellprojekt „WeRA“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (6), S. 18–24.
- Lang, Christoph J. G. (2010):** Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Begutachtung im Sozialrecht – aus Sicht eines Mediziners. In: Der medizinische Sachverständige: Zeitschrift für die gesamte medizinische Gutachterstätigkeit (3), S. 128–131.
- Legner, Reinhard/Cibis, W. (2007):** Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: Die Rehabilitation 46 (1), S. 57–61.
- Liebig, Stefan/Matiaske, Wenzel/Rosenbohm, Sophie (Hrsg.) (2017):** Handbuch Empirische Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer Gabler (Springer Reference Wirtschaft).
- Linden, M. (2007):** Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 75 (7), S. 379–381.

- Lindsay, Colin/McQuaid, Ronald (2008):** Inter-agency Co-operation in Activation. Comparing Experiences in Three Vanguard 'Active' Welfare States. In: *Social Policy and Society* 7 (3), S. 353–365.
- Lipsky, Michael (1980):** Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation.
- Loretto, W.; Platt, S.; Popham, F. (2010):** Workplace Change and Employee Mental Health: Results from a Longitudinal Study. In: *British Journal of Management* 21 (2), S. 526–540.
- Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang/Behrend, Olaf/Sondermann, Ariadne (2009):** Auf der Suche nach der verlorenen Arbeit. Arbeitslose und Arbeitsvermittler im neuen Arbeitsmarktregime. Konstanz: UKV Verlagsgesellschaft (Analyse und Forschung 61). Online verfügbar unter www.gbv.de/dms/zbw/589311492.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2017.
- Luhmann, Niklas (1964):** Funktion und Folgen formaler Organisation. Berlin: Duncker & Humblot.
- Martin, Paul/Grubb, David (2001):** What works and for whom: a review of OECD countries' experiences with active labour market policies. Office of Labour Market Policy Evaluation, OECD. Paris (Working Paper 2001, 14).
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia/Buschmann-Steinhage, Rolf (2012):** Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht I zur Studie. Berlin (DRV-Schriften, 99).
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia/Buschmann-Steinhage, Rolf (2015):** Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung. Projektbericht II zur Studie (DRV-Schriften).
- Mashaw, Jerry L. (1983):** Bureaucratic Justice: Managing Social Security. New Haven, London: Yale University Press.
- Matiaske, Wenzel/Olejniczak, Michael/Schult, Mandy (2015):** Arbeitsbedingungen in Jobcentern nach dem SGB II (gemeinsame Einrichtungen) – Mitarbeiterbefragung zu Arbeitsumfeld und psychischer Belastung. In: *Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 22 (2), S. 142–166.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2011):** Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (AU). Stand: 12. Dezember 2011.
- Meershoek, Agnes/Krumeich, Anja/Vos, Rein (2007):** Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. In: *Sociology of Health & Illness* 29 (4), S. 497–514.
- Meyer, Rita (2000):** Qualifizierung für moderne Beruflichkeit. Soziale Organisation der Arbeit von Facharbeiterberufen bis zu Managertätigkeiten. Münster: Waxmann (Internationale Hochschulschriften, Bd. 342).
- Mittag, Oskar/Reese, Christina/Meffert, Cornelia (2014a):** (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. In: *WSI-Mitteilungen* 67 (2), S. 149–155.
- Mittag, Oskar/Reese, Christina/Weel, André/Faas, Jim/Boer, Wout E.L. de (2014b):** Was in den Niederlanden anders gemacht wird. In: *Soziale Sicherheit* 63 (1), S. 9–17.
- Naschold, Frieder/Bogumil, Jörg (1998):** Modernisierung des Staates. New Public Management und Verwaltungsreform. Opladen: Leske + Budrich.
- Obermeier, Tim/Sell, Stefan/Tiedemann, Birte (2013):** Messkonzept zur Bestimmung der Zielgruppe für eine öffentlich geförderte Beschäftigung. Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der quantitativen Abschätzung. Remagen (Remagener Beiträge zur aktuellen Sozialpolitik, 14–2013).

- OECD (1996):** The OECD Jobs Strategy. Enhancing the effectiveness of active labour market policies. Paris.
- OECD (2003):** Transforming disability into ability. OECD. Paris.
- OECD (2010):** *Sickness, disability and work. Breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries.* Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1787/9789264088856-en>, zuletzt geprüft am 24.05.2017.
- Oevermann, Ulrich (1996):** Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* Frankfurt/M., S. 70–182.
- Oevermann, Ulrich (2000):** Dienstleistungen der Sozialbürokratie aus professionalisierungstheoretischer Sicht. In: von Harrach, Eva-Marie/Loer, Thomas/Schmidtke, Oliver (Hrsg.): *Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts.* Konstanz: UVK, Univ.-Verl., S. 57–77.
- Øverbye, Einar/Strohmeier Navarro/Smith, Rahel/Karjalainen, Vappu/Stremlow, Jürgen (2010):** The Coordination Challenge. In: Kazepov, Yuri (Hrsg.): *Rescaling Social Policies. Towards Multilevel Governance in Europe.* Surrey/Burlington: Ashgate, S. 389–414.
- Polanyi, Karl (1944):** *The great transformation.* New York, Toronto: Farrar & Rinehart inc.
- Pollmann, H./Wild-Mittmann, B./Büchner, C./Pannen, H.D (2004):** Begutachtung von Rehabilitationsantragstellern: Zwischen subjektiver Bedürftigkeit, objektivem Bedarf und Erfolgsprognose. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Schliehe, Ferdinand/Schuntermann, Michael (Hrsg.): *13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 52),* S. 336–338.
- Rische, Herbert (2010):** Die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen. In: *RV aktuell* (1), S. 1–9.
- Roman, Navina (2014):** *Die eindimensionale Organisation. Gelebte Praxis in der Arbeitsverwaltung als Perspektive der Personalentwicklung.* Auflage 2014. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rudbeck, M./Fonager, K. (2011):** Agreement between medical expert assessments in social medicine. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (7), S. 766–772.
- Ruland, Franz (1996):** Rentenversicherung. In: von Maydell, Bernd/Ruland, Franz (Hrsg.): *Sozialrechtshandbuch. (SRH). 2. Auflage.* Neuwied (u. a.): Luchterhand, S. 877–1002.
- Schmähl, Winfried (2011):** Die Entwicklung der Rentenversicherung vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis zum Mauerfall (1945–1989). In: Eichenhofer, Eberhard/Schmähl, Winfried/Rische, Herbert (Hrsg.): *Handbuch der Gesetzlichen Rentenversicherung, SGB VI.* Neuwied, S. 33–66.
- Schmeiser, Martin (2006):** Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: *Soziale Welt*, S. 295–318.
- Schmidt, Wolfgang (2008):** § 116 SGB VI – Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe. In: Kreikebohm, Ralf (Hrsg.): *Sozialgesetzbuch. Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI – Kommentar.* 3. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, S. 494–497.
- Schütz, Holger/Oschmiansky, Frank (2006):** Arbeitsamt war gestern – Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse in der Bundesagentur für Arbeit nach den Hartz-Gesetzen. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 52 (1), S. 5–28.
- Schütze, Fritz (1992):** Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Radtke, Frank O. (Hrsg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 131–170.

- Seidel, Edeltraud (1990):** Die gesicherten Risiken. In: Ruland, Franz (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlass des 100-jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung. Neuwied: Luchterhand (Schriftenreihe des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt, Bd. 1), S. 563–599.
- Sell, Stefan (2015):** Jobcenter: Die letzten Außenposten des Sozialstaats und ihr Personal. In: Soziale Sicherheit (6), S. 219–225.
- Siegrist, Johannes (1996):** Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes/Dragano, Nico/Wahrendorf, M. (2009):** Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Gesundheit bei älteren Erwerbstätigen: Eine europäische Vergleichsstudie. Abschlussbericht zum Projekt der Hans-Böckler-Stiftung. Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf. Düsseldorf.
- Söderberg, Ely/Alexanderson, Kristina (2005a):** Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. In: Scandinavian Journal of Public Health 33, S. 314–320.
- Söderberg, Ely/Alexanderson, Kristina (2005b):** "Gatekeepers in sickness insurance" – a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. In: Health and Social Care in the Community 13 (3), S. 211–223.
- Sørensen, Age B. (1992):** Comparative Perspectives on Gatekeeping in Academia. In: Heinz, Walter R./Allmendinger, Jutta (Hrsg.): Institutions and gatekeeping in the life course. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 61–81.
- Sowa, Frank/Staples, Ronald (2014):** Accounting in der Arbeitsverwaltung: Vermittlungsfachkräfte zwischen Steuerungsimperativ und autonomem Vermittlungshandeln. In: Zeitschrift für Sozialreform 60 (2), S. 149–173.
- Steiner, G.H. (2010):** Schnittstellenprobleme bei der Einholung und Verwertung von medizinischen Sachverständigengutachten. In: Der medizinische Sachverständige: Zeitschrift für die gesamte medizinische Gutachtertätigkeit (06), S. 245–252.
- Stone, Deborah A. (1985):** The disabled state. London: Macmillan.
- Struck, Olaf (2001):** Gatekeeping zwischen Individuum, Organisation und Institution. Zur Bedeutung und Analyse von Gatekeeping am Beispiel von Übergängen im Lebensverlauf. In: Leisering, Lutz/Müller, Rainer/Schumann, Karl F. (Hrsg.): Institution. Weinheim/München: Juventa, S. 29–54.
- Tennstedt, Florian (1972):** Berufsunfähigkeit im Sozialrecht. Ein soziologischer Beitrag zur Entwicklung der Berufsunfähigkeitsrenten in Deutschland. Frankfurt/M.: Europäische Verl. Anst.
- Therborn, Göran (2006):** Why and How Place Matters. In: Goodin, Robert E./Tilly, Charles (Hrsg.): The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis. Oxford/New York: Oxford University Press, S. 509–533.
- Trampusch, Christine (2003):** Ein Bündnis für die nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme: Interessenvermittlung in der bundesdeutschen Arbeitsmarkt- und Rentenpolitik. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Köln (MPIfG Discussion Paper, 03/1).
- Trist, Eric (1981):** The evolution of socio-technical systems. A conceptual framework and an action research program. University of Toronto. Toronto (Occasional papers, 2).
- Ueberle, Max/Frommelt, Peter/Grötzbach, Heiner (2004):** Praktische Routinen neurologischer Gutachter bei Rentenversicherungsträgern. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Schliehe, Ferdinand/Schuntermann, Michael (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Internetausgabe) (DRV-Schriften, 52), S. 343–345.

- van Berkel, Rik (2013):** Triple Activation: Introducing Welfare-to-Work into Dutch Social Assistance. In: Brodtkin, Evelyn Z./Marston, Gregory (Hrsg.): *Work and the welfare state. Street-level organizations and workfare politics* (Public management and change series), S. 87–102.
- van Berkel, Rik/Graaf, Willibrord de/Sirovatka, Tomas (2012):** Governance of the activation policies in Europe. In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 32 (5/6), S. 260–272.
- VDR (Hrsg.) (2004):** Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung – SOMEKO – (DRV-Schriften, 53).
- von Kardorff, Ernst/Ohlbrecht, Heike/Tegethoff, Dorothea/Bartel, Susanne (2011):** Heuristik-Projekt (HeP): Projekt zur Untersuchung ärztlicher Entscheidungsprozesse bei Erwerbsminderungsrenten. Endbericht. Gefördert durch: Deutsche Rentenversicherung Bund. Unter Mitarbeit von Madelaine Brückner, Mandy Seefeldt und Sören Carlson. Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät IV, Institut für Rehabilitationswissenschaften. Berlin.
- Weber, Max (1980):** *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie.* 5. rev. Auflage. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Welti, Felix/Höland, Armin/Braun, Bernhard/Buhr, Petra/Ullmann, Karen (2008):** Rehabilitation im sozialgerichtlichen Verfahren – Erste Annäherungen durch eine Richterbefragung und statistische Auswertungen. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften, 77), S. 315–316.
- Welti, Felix/Groskreutz, Henning (2013):** Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung. Hans-Böckler-Stiftung (Arbeitspapier, 295).
- Welti, Felix/Fischer, Manuela (2016):** Widerspruchsverfahren und Sozialgerichtsverfahren. In: *Soziale Sicherheit* 65 (12), S. 445–450.
- WZB/infas/FHS Frankfurt/M. (2008):** Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Zugelassener kommunaler Träger“ und „Arbeitsgemeinschaft“. Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse. Berlin, Bonn, Frankfurt/M.
- Yankova, Katerina (2010):** Der Selektionsprozess in Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik – eine explorative Untersuchung für die deutsche Arbeitsvermittlung. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg (IAB Discussion Paper, 11/2010).
- Ydreborg, Berit/Ekberg, Kerstin/Nilsson, Kerstin (2007):** Swedish social insurance officers' experiences of difficulties in assessing applications for disability pensions – an interview study. In: *BMC Public Health* 7 (1), S. 128.
- Zimmermann, Katharina/Fuertes, Vanesa/Aurich-Beerheide, Patrizia (2016):** Local worlds of coordinated activation policy. In: Heidenreich, Martin/Rice, Deborah (Hrsg.): *Integrating social and employment policies in Europe: Active inclusion and challenges for local welfare governance.* Cheltenham/Northampton: Edward Elgar Publishing, S. 235–264.
- Zschucke, Elisabeth/Hessel, Aike/Paech, Juliane/Storm, Vera/Lippke, Sonia (2015):** Befristete Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben – Themen und Erwartungen von ErwerbsminderungsrentnerInnen. In: Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe (Hrsg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DRV-Schriften, 107), S. 93–95.

Die Sicherung gegen Erwerbsminderung gehört zu den zentralen Leistungen des modernen Sozialstaats. Sie wird angesichts steigender Altersgrenzen in der Rentenversicherung an Bedeutung gewinnen, denn ein großer Teil der Beschäftigten ist nicht in der Lage, bis zur Regelaltersgrenze zu arbeiten. In der vorliegenden Studie wird untersucht, wie sozialstaatliche Organisationen, insbesondere die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit, vorgehen, um eine Erwerbsminderung festzustellen. Dabei zeigt sich, dass die Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrente nicht nur sozialrechtlich institutionalisiert, sondern auch durch bürokratische Organisation und professionsbezogene Kommunikation geprägt ist.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-288-4