

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Orthopädie  
des Universitätsklinikums Halle (Saale)  
(Direktor: Prof. Dr. med. Karl-Stefan Delank)

**Die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung -  
Eine Analyse von 250 orthopädischen Gutachten unter soziodemografischen,  
beruflichen und medizinischen Gesichtspunkten**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Franziska Bettina Radtke  
geboren am 10.01.1986 in Köthen

Gutachter: 1. Univ.-Prof. Dr. med. Perka (Charité – Universitätsklinikum Berlin)  
2. Prof. Dr. med. Lohmann (Universitätsklinikum Magdeburg)  
3. PD Dr. med. Krüger (Krankenhaus Köthen)

18.06.2013

02.04.2014

## Referat

Zielsetzung: Die steigenden Zahlen der Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) in Deutschland und der stetig hohe Anteil an Diagnosen des Skelett-, Muskel- und Bindegewebes gaben Anlass dazu, eine Personengruppe, die einen Antrag auf eine EM-Rente aufgrund orthopädischer Erkrankungen gestellt hat, im Hinblick auf soziodemografische, berufliche und medizinische Aspekte zu analysieren.

Methodik: In einer retrospektiven Studie wurden 250 orthopädische Rentengutachten aus den Jahren 2006 bis 2009 ausgewertet. Mit Hilfe eines dafür entwickelten Erhebungsbogens wurden die Gutachten, die von einem fachlich ausgewiesenen Gutachter erstellt wurden waren, gesichtet. Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet.

Ergebnisse: Unter den begutachteten Personen waren 155 Männer (62%) und 95 Frauen (38%). Das Durchschnittsalter betrug 52,2 Jahre (26 - 63). Hinsichtlich des Schulabschlusses und der Berufsausbildung hatten 31 Personen (12,4%) ein niedriges, 217 (86,8%) ein mittleres und zwei (0,8%) ein hohes Qualifikationsniveau. Die Mehrheit der Antragsteller (171, 68,4%) übte während der beruflichen Laufbahn zumindest eine „mittelschwere“ Tätigkeit aus. 200 (80,6%) Personen waren zum Zeitpunkt der sozialmedizinischen Begutachtung arbeitslos, 145 (58%) von ihnen erhielten Arbeitslosengeld. Die häufigste Diagnose war eine Erkrankung der Wirbelsäule (151, 61,1%). Bei 74 Personen (29,6%) wurden sowohl eine Wirbelsäulen- als auch eine Gelenkerkrankung diagnostiziert. 185 Antragsteller (74,6%) hatten eine oder mehrere stationäre und acht (3,2%) eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen. Nebenbefundlich ließ sich ein durchschnittlicher BMI von 29,9 (18 - 62) erheben. Bei 146 Untersuchten (58,4%) erhob der Gutachter einen psychischen Nebenbefund. 25 Antragsteller (10%) sahen sich noch als erwerbsfähig, 164 Antragsteller (65,6%) schätzten ihr Leistungsvermögen als nicht erwerbsfähig ein (61-mal, 24,4% fehlende Angaben). Der Gutachter beurteilte hingegen nur bei 60 Personen (24%) eine vollständige Erwerbsminderung. Dies waren 45,2% der Personen (14) mit einem niedrigen und 20,7% der Personen (45) mit einem mittleren Qualifikationsniveau. Hinsichtlich der Tätigkeitsschwere waren 22,8% (39) derjenigen mit einer „mittelschweren“, „mittelschweren bis schweren“ und „schweren“ Tätigkeit und 26,6% (21) mit einer „leichten“ und „leichten bis mittelschweren“ Tätigkeit in der Berufslaufbahn vollständig erwerbsgemindert. Am häufigsten führte die Kombination einer Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung zu einer Erwerbsminderung (32 von 74, 43,2%).

Schlussfolgerungen: Zwischen der objektiv beurteilten Erwerbsminderung und der persönlichen Einschätzung der Antragsteller besteht ein großer Unterschied. Dabei spielt der Schweregrad der verrichteten Tätigkeiten eine untergeordnete Rolle. Der rechtzeitigen und auch präventiven Behandlung von vor allem kombinierten Wirbelsäulen- und Gelenkpathologien sollte vermehrt Beachtung geschenkt werden. Hier liegt ein Risikobereich für häufige Erwerbsminderungen. Der hohe Anteil an älteren Langzeitarbeitslosen unter den Antragstellern ist auffällig. Möglicherweise ist die Idee der finanziellen Absicherung durch eine EM-Rente bei schlechter Arbeitsmarktlage eine vordergründige Motivation. Damit wird deutlich, dass der Gutachter zunehmend mit sozialpolitischen und sozialökonomischen Problemen konfrontiert wird, die aber für die fachärztliche Begutachtung keine Rolle spielen dürfen. Die Lösung dieser Probleme ist nur über einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz möglich.

Radtke, Franziska Bettina: Die sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung - Eine Analyse von 250 orthopädischen Gutachten unter soziodemografischen, beruflichen und medizinischen Gesichtspunkten. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 68 Seiten, 2013

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Historie des Sozialversicherungssystems in Deutschland.....	2
1.2	Gesetzliche Rentenversicherung .....	3
1.2.1	Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung.....	3
1.2.2	Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.....	4
1.2.3	Rente wegen Erwerbsminderung .....	4
1.2.4	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung .....	6
1.2.5	Rente wegen voller Erwerbsminderung .....	6
1.2.6	Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung.....	6
1.3	Die sozialmedizinische Begutachtung im Rentenrecht.....	7
<b>2</b>	<b>Zielstellung</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden</b> .....	<b>9</b>
3.1	Formale Daten.....	10
3.2	Soziodemografische Daten.....	10
3.3	Medizinische Daten .....	13
3.3.1	Orthopädische Hauptdiagnosen .....	13
3.3.2	Nebenbefunde.....	14
3.4	Übereinstimmung des Antragstellers und des Gutachters bezüglich der Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens .....	15
3.5	Statistische Auswertung .....	15
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
4.1	Soziodemografische Daten.....	16
4.1.1	Geschlechts- und Altersverteilung .....	16
4.1.2	Familiäre Situation .....	18
4.1.3	Berufliche Laufbahn.....	19
4.1.4	Erwerbs- und Einkommenssituation zum Zeitpunkt der Begutachtung.....	23
4.2	Medizinische Daten .....	25
4.2.1	Orthopädische Hauptdiagnosen .....	25

4.2.2	Nebenbefunde.....	28
4.3	Einschätzung des Leistungsvermögens durch den Antragsteller und den Gutachter.....	29
4.4	Erwerbsminderung in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren.....	31
4.4.1	Soziodemografische Daten.....	31
4.4.2	Medizinische Daten.....	36
4.5	Verfahrensausgänge in der 1. Instanz.....	37
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>39</b>
5.1	Soziodemografische Daten.....	39
5.2	Medizinische Daten.....	44
5.3	Einschätzung des Leistungsvermögens durch den Antragsteller und den Gutachter.....	46
5.4	Leistungsvermögen und Qualifikation – gutachterlicher Zwiespalt?.....	47
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Thesen.....</b>	<b>68</b>
<b>10</b>	<b>Tabellarischer Lebenslauf.....</b>	<b>1</b>
<b>11</b>	<b>Selbstständigkeitserklärung.....</b>	<b>2</b>
<b>12</b>	<b>Danksagung.....</b>	<b>3</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AB-Maßnahme	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
Abs.	Absatz
a.F.	alte Fassung
AU	Arbeitsunfähigkeit
bez.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
BMI	Body Maß Index
EM	Erwerbsminderung
SGB	Sozialgesetzbuch
WS	Wirbelsäule
z.Z.	zum Zeitpunkt

# 1 Einleitung

Führen Krankheit oder Behinderung dazu, dass eine Person ihren Lebensunterhalt nicht mehr eigenständig erwirtschaften kann, wird das als Minderung der Erwerbsfähigkeit bezeichnet. Gesetzlich Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden müssen, steht dabei unter bestimmten Voraussetzungen (siehe 1.2.6 Seite 6) eine Rente wegen Erwerbsminderung zu, um die entstehenden ökonomischen Folgen abzusichern.

Ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) wird bei der zuständigen Rentenversicherung gestellt. Im Durchschnitt wird jeder zweite Antrag auf Erwerbsminderungsrente bewilligt (Deutsche Rentenversicherung a). Bei Ablehnung des Rentenanspruchs hat der Antragsteller die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Bei negativem Ausgang des Widerspruchsverfahrens kann der Antragsteller Klage am zuständigen Sozialgericht einreichen. Sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im sozialgerichtlichen Verfahren wird häufig zur eindeutigen Klärung des gesundheitlichen Zustandes von der Rentenversicherung oder den Sozialgerichten eine sozialmedizinische Begutachtung in Auftrag gegeben. Diese wird von Fachärzten des entsprechenden Fachgebietes durchgeführt und bildet eine wichtige Grundlage bei der Entscheidung über eine EM-Rente.

In Deutschland scheiden jährlich etwa 170.000 gesetzlich Versicherte aufgrund gesundheitlicher Schäden vorzeitig aus dem Berufsleben aus. Laut Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund beziehen etwa 20 Prozent der jährlichen Rentenzugänge eine Erwerbsminderungsrente. Nach einem deutlichen Rückgang in den Jahren 2005 und 2006 steigen die Zahlen in den letzten Jahren wieder an (DRV Bund, 2011 a).

Besonders chronisch-degenerative Erkrankungen führen dabei zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (Rehfeld, 2006). Zu den wichtigsten Diagnosegruppen gehören psychische Erkrankungen, Erkrankungen von Skelett-, Muskel- und Bindegewebe, Neubildungen sowie Herz-Kreislaufkrankungen. Bis zum Jahr 2000 waren Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen der häufigste Erwerbsminderungsgrund (25,4% aller EM-Renten 2000). Diese Zahl an EM-Renten ist allerdings seit Jahren rückläufig (14,7% aller EM-Renten 2010) und steht statistisch heute nur noch an zweiter Stelle. Dagegen haben die EM-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen stark zugenommen und stellen heute die häufigste Diagnose unter den Zugängen einer EM-Rente dar (39,3% aller EM-Renten 2010) (DRV Bund, 2011 a).

Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit sollen Merkmale der Personengruppe, die einen Antrag auf EM-Rente stellen, herausgearbeitet werden. Dazu wurden 250 orthopädische Rentengutachten im Hinblick auf soziodemografische, berufliche und medizinische Daten ausgewertet.

### **1.1 Historie des Sozialversicherungssystems in Deutschland**

Der Grundstein des heutigen Sozialversicherungssystems in Deutschland wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts gelegt. Diese Zeit war geprägt von der industriellen Revolution, einem sich organisierenden Proletariat und den Forderungen nach sozialen Sicherungen. Besonders der wachsende Einfluss der Sozialdemokraten veranlasste Kaiser Wilhelm I., auf Anraten des damaligen Reichskanzlers Otto von Bismark, mit seiner „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17.11.1881 den Aufbau einer Arbeiterversicherung anzukündigen. In den folgenden Jahren beschloss der Reichstag zahlreiche Gesetze zur Absicherung der arbeitenden Bevölkerung. Im Jahre 1883 erfolgte die Einführung der Krankenversicherung, 1884 der Unfallversicherung und ab 1889 war erstmals eine Absicherung gegen die Folgen von Invalidität und Alter möglich (Eichenhofer, 2007 und Zöllner, 1981).

Das Sozialversicherungssystem wurde in den Folgejahren und -jahrzehnten laufend reformiert, um den wechselnden politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen gerecht zu werden. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 umfasst die gesetzliche Sozialversicherung in Deutschland folgende Versicherungszweige:

- Krankenversicherung
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitslosenversicherung.
- Pflegeversicherung

## 1.2 Gesetzliche Rentenversicherung

### 1.2.1 Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung

Die deutsche Rentenversicherung ist ein Zweig des sozialen Sicherungssystems in Deutschland. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und wird von Arbeitgebern und Versicherten in Selbstverwaltung geführt. Die gesetzliche Grundlage bildet das Sechste Buch Sozialgesetzbuch-Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) (Deutsche Sozialversicherung).

Mit dem Ziel der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Organisation und Service erfolgte 2005 die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung. Seitdem werden alle beteiligten Rentenversicherungsträger unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung“ zusammengefasst. Diese untergliedert sich in:

- den Deutschen Rentenversicherung Bund, ein Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)
- die 14 Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung, eine Fusion der ehemals 22 Landesversicherungsanstalten
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS), die Vereinigung zwischen Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse

In diesem Zusammenhang wurde die Unterscheidung der Versicherten in Arbeiter und Angestellte sowie einzelne Berufsgruppen aufgehoben. Die Zuordnung zu den einzelnen Rentenversicherungsträgern wird heute durch die Versicherungsnummern vorgenommen. Der Deutsche Rentenversicherung Bund betreut heute 40%, die Regionalträger betreuen 55% und die Deutsche Rentenversicherung KBS betreut 5% der Versicherten in Deutschland (Deutsche Rentenversicherung b).

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt zum größten Teil durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Diese Beiträge werden von beiden zu gleichen Teilen entsprechend des aktuellen Beitragssatzes (Januar 2012: 19,6% des Bruttolohns) geleistet. Zusätzlich erhält die Rentenversicherung Zuschüsse des Bundes. Gemäß des bestehenden Generationenvertrages werden die Aufwendungen der Rentenversicherung aus den laufenden Beitragseinnahmen und Zuschüssen aus dem Staatshaushalt finanziert (Deutsche Sozialversicherung; Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

### **1.2.2 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung**

Die gesetzliche Rentenversicherung bietet ihren Versicherten eine finanzielle Absicherung im Alter, bei Erwerbsminderung und im Todesfall. Zusätzlich erbringt die Rentenversicherung, nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“, die sogenannten Leistungen zur Teilhabe. Diese umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Ziel ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden (§ 9 Abs. 1 SGB VI und Fischer et al., 2009).

### **1.2.3 Rente wegen Erwerbsminderung**

Derzeit werden in der gesetzlichen Rentenversicherung folgende Erwerbsminderungsrenten unterschieden:

- Rente wegen Berufsunfähigkeit  
(§ 43 SGB VI in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung)
- Rente wegen Erwerbsunfähigkeit  
(§ 43 SGB VI in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung)
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI ab 01.01.2001)
- Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 SGB VI ab 01.01.2001)
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit  
(§ 240 SGB VI - Übergangsregelung für vor dem 02.01.1961 geborene Versicherte)

Bis zum 31.12.2000 zahlte die gesetzliche Rentenversicherung im Fall der verminderten Erwerbsfähigkeit eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente. Als berufsunfähig galten Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage waren, ihren bisherigen Beruf oder eine zumutbare Verweisungstätigkeit halbschichtig auszuüben (§ 43 Abs. 2 SGB VI a.F.). Eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhielten Versicherte, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande waren, eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben oder mehr als ein geringfügiges Arbeitseinkommen zu erzielen (§ 44 Abs. 2 SGB VI a.F.).

Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit am 01.01.2001 wurde der Zugang zu einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente neu geregelt. Für Versicherte, die nach dem 01.01.1961 geboren wurden, entfällt hierbei der Berufsschutz. Das bedeutet, dass eine Erwerbsminderung für jegliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, unabhängig vom erlernten Beruf oder entsprechenden Verweisungstätigkeiten, bestehen muss. Gesetzlich Versicherte, die bis zum 31.12.2000 bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen haben, erhalten diese weiter (DRV Bund, 2011 b).

Bei Rentenantritt aufgrund einer Erwerbsminderung ab 01.01.2001 wird nur noch zwischen einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderungsrente (§ 43 Abs. 1 und 2 SGB VI) unterschieden. Wie in Tabelle 1 dargestellt, wurden damit genaue Zeitgrenzen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eingeführt (Fischer et al., 2009).

**Tabelle 1: Zeitgrenzen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit**

<b>Recht bis zum 31.12.2000</b>	<b>Recht ab 01.01.2001</b>
Vollschichtig	6 Stunden und mehr = volle Erwerbsfähigkeit
Halb- bis unter vollschichtig	3 bis unter 6 Stunden = teilweise Erwerbsminderung
Zwei bis unter halbschichtig	
Kein Leistungsvermögen	weniger als 3 Stunden = volle Erwerbsminderung

#### **1.2.4 Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**

„Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (§ 43 Abs. 1 SGB VI).

Bei der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (Rentenfaktor 0,5; § 67 Nr. 2. SGB VI) wird davon ausgegangen, dass die Versicherten einen Teil ihres Einkommens noch selbstständig erwirtschaften können. Bleibt ihnen der Teilzeitarbeitsmarkt jedoch verschlossen, kann eine Rente wegen voller Erwerbsminderung geltend gemacht werden. Diese sogenannte „Arbeitsmarktrente“ ist auf maximal drei Jahre befristet, kann aber bei gleichbleibenden Bedingungen bis zum Erreichen der Altersrente unbegrenzt verlängert werden (DRV Bund, 2011 b).

#### **1.2.5 Rente wegen voller Erwerbsminderung**

„Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

Die Rentenhöhe bei Zuspruch der vollen Erwerbsminderung orientiert sich an der Höhe der Altersrente (Rentenfaktor 1,0; § 67 Nr. 3 SGB VI).

#### **1.2.6 Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung**

Laut § 43 Abs. 1 und 2 SGB VI haben Versicherte Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn:

- eine teilweise oder volle Erwerbsminderung nachgewiesen ist,
- die Zahlung von Pflichtbeiträgen (drei Jahre) für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung erfolgte,
- die allgemeine Wartezeit (Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren erfüllt ist,
- ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente bei der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegt.

In Ausnahmefällen kann eine Berentung erfolgen, auch wenn die sozialmedizinische Begutachtung ein tägliches Leistungsvermögen von über sechs Stunden festgestellt hat (Fischer et al., 2009). Zu diesen Leistungseinschränkungen gehören:

- zusätzliche unübliche Arbeitspausen
- schwere spezifische Leistungsbehinderung (z.B. Taubheit, Armamputation)
- Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen
- fehlende Wegefähigkeit

### **1.3 Die sozialmedizinische Begutachtung im Rentenrecht**

Das sozialmedizinische Gutachten im Rentenrecht kann zur Entscheidungsfindung von einem Rentenversicherungsträger oder einem Sozialgericht in Auftrag gegeben werden. Dem beauftragten medizinischen Sachverständigen obliegt dabei die Aufgabe eines objektiven Beraters. Er trägt mit seinem Fachwissen zur Aufklärung eines medizinischen Sachverhalts bei, erarbeitet eine Empfehlung, jedoch keine Entscheidung (Schneider, 2011). Das sozialmedizinische Gutachten ist somit eine wesentliche Grundlage für die juristische Entscheidung. Diese verantwortungsvolle Aufgabe des Arztes erfordert bestimmte Voraussetzungen: „Fachliche Kompetenz, ein Minimum an Kenntnissen der Rechtsgrundlage im gutachterlichen Bereich, die strikte Beachtung der Neutralität und Unvoreingenommenheit bei dennoch empathischer Zuwendung zum gutachterlichen Probanden sind unverzichtbare Voraussetzungen für eine kompetente und im Ergebnis unangreifbare gutachterliche Tätigkeit.“ (Schröter, 2008).

Die Erstellung eines aussagekräftigen Gutachtens ist dem Sachverständigen nur möglich, wenn ihm klar formulierte Fragen vorgelegt werden. Es obliegt zudem dem Auftraggeber, dem Gutachter alle vorhandenen medizinischen Befunde und Dokumente zur Verfügung zu stellen (König-Ouvrier, 2004). Die Versicherten sind nach § 62 Erstes Buch Sozialgesetzbuch-Allgemeiner Teil (SGB I) zur Mitwirkung an der medizinischen Sachaufklärung verpflichtet. Das Gutachten ist in schriftlicher Form und in einer für medizinische Laien verständlichen Sprache anzufertigen. Die inhaltliche und formale Gestaltung richtet sich nach den „Hinweisen zur Begutachtung“ von dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, 2000).

## 2 Zielstellung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, Merkmale von Personen zu ermitteln, die im Rahmen einer sozialmedizinischen Untersuchung im Rentenverfahren begutachtet wurden. Folgende Hypothesen waren Grundlage der Untersuchungen:

1. Es stellen mehr Männer einen Antrag auf EM-Rente.
2. Soziodemografische Faktoren (Alter, Geschlecht, familiäre Situation) haben keinen Einfluss auf den Ausgang des Gutachtens.
3. Das Qualifikationsniveau der Antragsteller hat einen Einfluss auf die Erwerbsminderung.
4. Die Schwere der Arbeit während der beruflichen Laufbahn hat einen Einfluss auf die Erwerbsminderung.
5. Der häufigste Grund einer Antragsstellung auf EM-Rente im orthopädischen Fachgebiet sind Wirbelsäulenerkrankungen.
6. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Antragsteller und der Gutachtermeinung bezüglich des bestehenden Restleistungsvermögens.

### 3 Material und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Analyse sozialgerichtlicher Gutachten. Als Grundlage der Untersuchung dienten 250 fachorthopädische Rentengutachten. Diese wurden im Auftrag der Sozial- und Landessozialgerichte der Bundesländer Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen angefertigt (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Anzahl der Gutachten nach Bundesländern**

<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>144</b>
• Halle	88
• Dessau-Roßlau	42
• Magdeburg	14
<b>Thüringen</b>	<b>74</b>
• Nordhausen	70
• Altenburg	3
• Erfurt	1
<b>Sachsen</b>	<b>32</b>
• Leipzig	23
• Chemnitz	6
• Sachsen	2
• Dresden	1

Die Begutachtungen fanden im Zeitraum von Januar 2006 bis September 2009 ausschließlich durch Herrn Prof. Dr. med. Riede (Facharzt für Orthopädie und Rehabilitationsmedizin) im Universitätsklinikum Halle (Saale) statt. Die Fragestellung der anfordernden Gerichte an den Gutachter war dabei, welches Leistungsvermögen bei den Antragstellern vorlag.

Nach Anfrage bei den Sozialgerichten konnten 222 Verfahrensausgänge der insgesamt 238 sozialgerichtlichen Rentenverfahren in die Arbeit aufgenommen werden. Die 12 landessozialgerichtlichen Verfahren wurden dabei nicht berücksichtigt (siehe Seite 37 und 38).

In einer ersten Sichtung wurden 60 Rentengutachten aus dem Jahr 2000 mit dem Ziel analysiert, Parameter zu definieren, die Patientenbefunde ausreichend und vergleichbar beschreiben. Im Verlauf dieser Sichtung entwickelte sich ein Erhebungsbogen (siehe Anlage Seite 55 - 60), mit dem alle Gutachten ausgewertet wurden. Die möglichen Angaben der Patienten zu den einzelnen Erhebungsparametern wurden numerisch verschlüsselt, in eine Exceltabelle aufgenommen und später zur statistischen Auswertung in das Programm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) übertragen. Nachfolgend werden die wesentlichen Parameter der Analyse dargestellt.

### **3.1 Formale Daten**

Die Gutachten wurden nach der Reihenfolge ihrer Durchsicht fortlaufend nummeriert. Ebenso sind zur Identifizierung das Aktenzeichen und das entsprechende Sozial- oder Landessozialgericht übernommen worden.

### **3.2 Soziodemografische Daten**

Folgende soziodemografische Daten wurden aus der Anamnese des Gutachtens entnommen:

- Geschlecht
- Alter
- familiäre Situation
- Schulabschluss
- berufliche Laufbahn
- Erwerbs- und Einkommenssituation

Die familiäre Situation umfasste den Familienstand des Patienten, die aktuelle Erwerbssituation des Partners und Angaben zu Kindern.

In Anlehnung an eine Studie des „Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten“ (Hagen et al., 2010) wurden die Begutachteten anhand ihres Schulabschlusses und Ausbildungsgrades drei Qualifikationsniveaus zugeordnet (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Zuordnung der Qualifikationsniveaus anhand des Schulabschlusses und Ausbildungsgrades**

Qualifikationsniveau	Schulabschluss und Ausbildungsgrad
<b>niedriges</b>	kein Schulabschluss <b>ohne</b> und <b>mit</b> Berufsausbildung*
	8. und 10. Klasse Abschluss <b>ohne</b> Berufsausbildung*
<b>mittleres</b>	8. und 10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Berufsausbildung*
	10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Studium
	Abitur <b>ohne</b> und <b>mit</b> Berufsausbildung*
<b>hohes</b>	Abitur <b>mit</b> Studium

*\*) Facharbeiter (Lehre) und Teilberufsausbildung*

Einen Großteil der Auswertung stellte die berufliche Anamnese dar. Um diese genauer zu untersuchen, wurden verschiedene Parameter erhoben, beginnend mit dem erlernten Beruf, dem entsprechenden Ausbildungsgrad bis hin zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

Um eine Betrachtung der beruflichen Laufbahn standardisiert durchführen zu können, erfolgte eine Einteilung der Berufe hinsichtlich ihrer körperlichen Belastung in fünf Abstufungen (I bis V):

- I leicht
- II leicht-mittelschwer
- III mittelschwer
- IV mittelschwer-schwer
- V schwer

Eine Orientierung dieser Einteilung bot die Standardisierung der Schwere von Tätigkeiten nach der in Tabelle 4 dargestellten REFA (Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung) - Klassifizierung (Ludolph, 2008; Becher, 2012) und die Berufsprofile für arbeits- und sozialmedizinische Praxis (Heinz et al., 1997 CD Rom). Die Zuordnung der einzelnen Tätigkeiten in die Schwere Kategorien erfolgte nach subjektiver Einschätzung.

Die Übersicht einer detaillierten Berufseinteilung befindet sich im Anhang (siehe Seite 61 - 65).

**Tabelle 4: Einteilung der Schwere von Tätigkeiten nach der REFA- Klassifizierung**

<b>Leichte Arbeit</b>	Handhabung von Gewichten von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel, lang dauerndes Stehen oder Gehen
<b>Mittelschwere Arbeit</b>	Handhabung von Gewichten bis 15 kg, Begehen von Treppen und Leitern ohne Gewichtsbelastung
<b>Schwere Arbeit</b>	Handhabung von Gewichten von 20 - 40 kg, Begehen von Treppen und Leitern mit über 3 kg Gewicht, mittelschwere Arbeiten in Haltungskonstanz
<b>Schwerste Arbeit</b>	Handhabung von Gewichten bis über 50 kg, Begehen von Treppen und Leitern mit schweren Lasten, schwere Arbeiten verbunden mit Haltungskonstanz

Subjektiv erfolgte die Beurteilung über das Ausüben einer geringer qualifizierten Arbeit während der Berufslaufbahn, zum Beispiel die Ausbildung und jahrelange Tätigkeit als Facharbeiter und der späteren Ausübung von Hilfsarbeiten. Weiterhin wurde der Zeitpunkt des letzten festen Anstellungs- bzw. Arbeitsverhältnisses registriert. Bedingung war dabei ein festes Arbeitsverhältnis von mindestens vier Monaten, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und „1€-Jobs“ wurden nicht berücksichtigt.

Neben der Erwerbs- und Einkommenssituation der Rentenanwärter zum Zeitpunkt der Begutachtung wurden Angaben über eine bestehende Arbeitsunfähigkeit erfasst.

### **3.3 Medizinische Daten**

#### **3.3.1 Orthopädische Hauptdiagnosen**

Als Hauptdiagnosen wurden die vom Gutachter erhobenen orthopädischen Diagnosen definiert. Bei der Datenauswertung wurde zwischen dem Vorliegen einer

- Wirbelsäulenerkrankung,
- Gelenkerkrankung oder
- Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung

unterschieden.

Eine Liste mit den entsprechenden Erkrankungen befindet sich im Anhang (siehe Seite 66). Die Dauer der Beschwerden wurde ebenfalls in die Analyse aufgenommen.

Die Angaben zu absolvierten Rehabilitationsmaßnahmen wurden aus der Übersicht der dem Gutachter vorliegenden Dokumente (Hausarzt- und Facharztberichte, Rehabilitationsberichte, weitere Gutachten, Rentenanträge) oder der Patientenanamnese entnommen. Dazu zählten alle stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante physiotherapeutische Anwendungen, die im Laufe der Krankheitsgeschichte im orthopädischen Fachbereich geleistet wurden.

### 3.3.2 Nebenbefunde

Am Tag der Begutachtung wurden die Körpergröße und das Körpergewicht der Antragsteller gemessen. Aus diesen Werten berechnete sich der Body Maß Index nach der Formel:

$$\frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße (in m)}^2}$$

Die Einteilung der errechneten BMI Werte (siehe Tabelle 5) erfolgte entsprechend der gültigen Definition für Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Renz-Polster und Krautzig, 2008).

**Tabelle 5: Einteilung Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach dem BMI**

	<b>BMI in kg/m<sup>2</sup></b>
Untergewicht	< 18,4
Normalgewicht	18,5 - 24,9
Übergewicht (Präadipositas)	25 - 29,9
Adipositas Grad I	30 - 34,9
Adipositas Grad II	35 - 39,9
Adipositas Grad III	> 40

Weiterhin wurde ein vom Gutachter gestellter, psychischer Nebenbefund mit in die Untersuchung aufgenommen. Hierzu zählte die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder psychosomatischen Schmerzanamnese.

### 3.4 Übereinstimmung des Antragstellers und des Gutachters bezüglich der Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens

Zur Beantwortung der Frage, wie der Antragsteller sein eigenes Leistungsvermögen einschätzt („Welche Arbeiten können Sie Ihrer Meinung nach noch verrichten?“) und ob diese Einschätzung mit der Gutachtermeinung übereinstimmt, mussten beide Aussagen miteinander verglichen werden. Dabei wurden qualitative und quantitative Gesichtspunkte (siehe Seite 59 - 60) berücksichtigt. Tabelle 6 gibt dazu einen beispielhaften Überblick.

**Tabelle 6: Mögliche Angaben von Antragsteller und Gutachter zum Leistungsvermögen**

	<b>Einschätzung des Antragstellers</b>	<b>Einschätzung des Gutachters</b>
<b>Qualitativ</b>	„Aufsichtstätigkeiten“ „Telefondienst“	leichte Arbeit
	„Kurierdienst“	leichte bis mittelschwere Arbeit
	keine Angaben	mittelschwere Arbeit
	keine Angaben	mittelschwere bis schwere Arbeit
	keine Angaben	schwere Arbeit
	„schaffe nur noch den Haushalt“ „kann nicht mehr arbeiten“	keine Arbeit
<b>Quantitativ</b>	„nichts mehr“, „keine“	weniger als 3 Stunden
	„ein paar Stunden“, „ein wenig“	3 bis 6 Stunden
	„voll“	mehr als 6 Stunden

Weiterhin wurde ermittelt und ausgewertet, ob der Gutachter letztlich eine Erwerbsminderung des Rentenanwärters bestätigen konnte oder nicht.

### 3.5 Statistische Auswertung

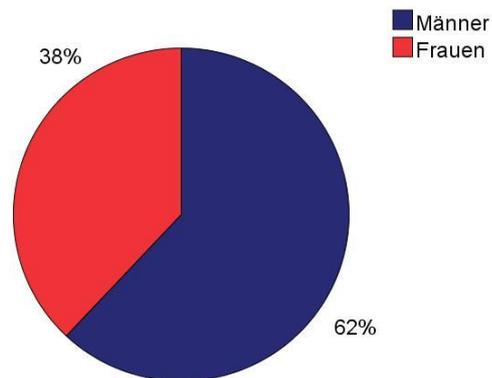
Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS Version 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Die Erhebungsparameter wurden mit Hilfe der deskriptiven Statistik zu Häufigkeiten und Mittelwerten ausgewertet.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Soziodemografische Daten

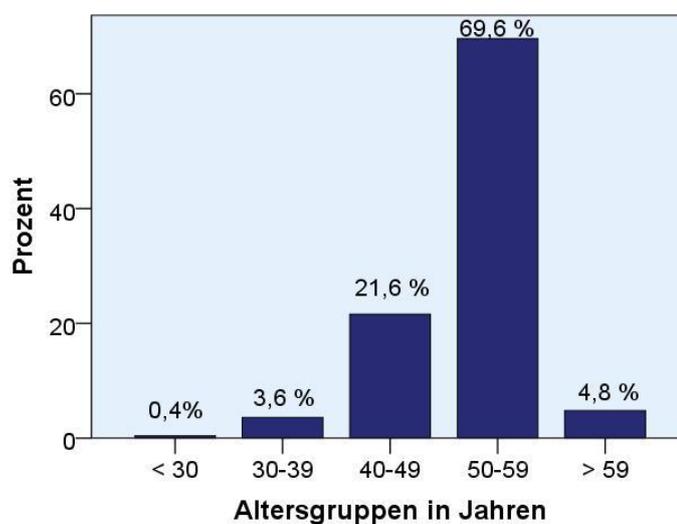
#### 4.1.1 Geschlechts- und Altersverteilung

Von den 250 begutachteten Personen waren 155 Männer (62%) und 95 Frauen (38%) (siehe Abbildung 1).



**Abbildung 1: Geschlechtsverteilung der begutachteten Personen**

Das Durchschnittsalter betrug 52,2 Jahre (26 - 63). 64 Personen (25,6%) waren unter 50 Jahre und zwölf Personen (4,8%) über 59 Jahre alt. Es überwog deutlich der Anteil der 50 bis 59-jährigen (174 Personen, 69,6%, siehe Abbildung 2).



**Abbildung 2: Altersverteilung der Antragsteller z.Z. der Begutachtung**

In der Gruppe der unter 30-jährigen fand sich eine männliche Person (0,4%). Die Altersgruppe der 30 bis 39-jährigen bestand aus neun Personen, davon waren vier männlich (1,6%) und fünf weiblich (2%). Von den 54 Personen in der mittleren Altersgruppe (40 - 49 Jahre) waren 30 Männer (12%) und 24 Frauen (9,6%). In der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren sind 174 Personen, davon 110 der insgesamt 155 Männer (44%) und 64 der insgesamt 95 Frauen (25,6%). Auf die Gruppe der über 59-jährigen entfallen zehn Männer (4%) und zwei Frauen (0,8%) (siehe Tabelle 7).

Die Anteile von Männern und Frauen in den einzelnen Altersgruppen waren nahezu gleich, wobei die Frauen in den beiden Gruppen 30 bis 49 Jahre mit 30,5% zu 21,9% bei den Männern leicht überwogen. In der Altersgruppe der über 50-jährigen fanden sich dagegen mehr männliche Begutachtete.

Die Männer waren zum Zeitpunkt der Begutachtung im Durchschnitt 52,7 Jahre alt, die Frauen 51,4 Jahre.

**Tabelle 7: Altersverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht**

Altersgruppen in Jahren	Männlich Begutachtete			Weiblich Begutachtete		
	Anzahl	Anteil [%]	Gesamt [%]	Anzahl	Anteil [%]	Gesamt [%]
Gesamt	155	100,0	62,0	95	100	38,0
< 30	1	0,6	0,4	0	0	0
30 - 39	4	2,6	1,6	5	5,3	2,0
40 - 49	30	19,3	12,0	24	25,2	9,6
50 - 59	110	71,0	44,0	64	67,4	25,6
> 59	10	6,5	4,0	2	2,1	0,8

#### 4.1.2 Familiäre Situation

Zur Beschreibung der familiären Situation wurden der Familienstand, die Erwerbssituation des Partners und Angaben zu Kindern erfasst (siehe Tabelle 8).

Der überwiegende Anteil der Antragsteller war zum Zeitpunkt der Begutachtung in einer Partnerschaft (198, 79,2%), 49 Antragsteller (19,6%) gaben an, keinen Partner zu haben. Etwa bei der Hälfte der Begutachteten in einer Partnerschaft war der Partner berufstätig (44,8%). Etwa ein Viertel der Partner übte aufgrund von Arbeitslosigkeit, Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersrente keinen Beruf mehr aus. Bei der Mehrheit der begutachteten Personen lebten die Kinder nicht mehr im Haus (54,8%), etwa ein Drittel lebte noch mit den Kindern im gemeinsamen Haushalt.

**Tabelle 8: Familiäre Situation der begutachteten Personen**

		<b>Personenanzahl</b>	<b>[%]</b>
<b>Familienstand</b>	in Partnerschaft	198	79,2
	• verheiratet	184	73,6
	• Lebensgemeinschaft	14	5,6
	ohne Partner	49	19,6
	• geschieden	24	9,6
	• ledig	16	6,4
	• verwitwet	9	3,6
	keine Angaben	3	1,2
<b>Erwerbssituation des Partners</b>	berufstätig	112	44,8
	arbeitslos	34	13,6
	AU, EU, Rente	31	12,4
	ABM, Umschulung	4	1,6
	kein Partner	49	19,2
	keine Angaben	20	8,4
<b>Kinder</b>	nicht mehr im Haus	137	54,8
	noch im Haus	84	33,6
	keine Kinder	25	10,0
	keine Angaben	4	1,6

### 4.1.3 Berufliche Laufbahn

14 Personen (5,6%) hatten keinen Schulabschluss. Ein Drittel (83, 33,2%) hatte einen Abschluss der 8. Klasse und mehr als die Hälfte (148, 59,2%) hatte einen Abschluss der 10. Klasse erlangt. Von den 250 Begutachteten erwarben fünf (2%) das Abitur.

207 Männer und Frauen (82,8%) hatten einen Lehrberuf (Facharbeiter) ergriffen, elf Personen (4,4%) hatten eine Teilberufsausbildung absolviert, zwölf (4,8%) hatten ein Studium abgeschlossen. 20 Personen (8%) waren ohne Berufsausbildung.

31 der 250 Begutachteten (12,4%) erreichten entsprechend ihres Schulabschlusses und Ausbildungsgrades (siehe Seite 11) ein niedriges Qualifikationsniveau. Die absolute Mehrheit (217, 86,8%) wurde dem mittleren und nur zwei Personen dem hohen Qualifikationsniveau zugeordnet (siehe Tabelle 9). Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war dabei nicht festzustellen.

**Tabelle 9: Qualifikationsniveau der begutachteten Personen**

Qualifikationsniveau	Schulabschluss und Ausbildungsgrad	Personenanzahl	[%]
<b>Gesamt</b>		31	12,4
<b>niedriges</b>	kein Schulabschluss <b>ohne / mit</b> Berufsausbildung*	14	5,6
	8. und 10. Klasse Abschluss <b>ohne</b> Berufsausbildung*	17	6,8
<b>Gesamt</b>		217	86,8
<b>mittleres</b>	8. und 10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Berufsausbildung*	204	81,6
	10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Studium	10	4,0
	Abitur <b>ohne / mit</b> Berufsausbildung*	3	1,2
<b>hohes</b>	Abitur <b>mit</b> Studium	2	0,8

*\*) Facharbeiter (Lehre) und Teilberufsausbildung*

Zur Beschreibung der Berufsbilder unter besonderer Betrachtung der körperlichen Belastung wurde eine Einteilung in fünf Kategorien vorgenommen (siehe Seite 11 - 12). Dementsprechend wurden z.B. überwiegende Schreibtischtätigkeiten als „leicht“, Schlosser oder Dachdeckertätigkeiten als „mittelschwer“ und Zimmererarbeiten als „schwer“ eingestuft (siehe Seite 61 - 65). Nach dieser Berufseinteilung erfolgte die Zuordnung der Berufe in den Sparten erlernter Beruf, Tätigkeit während des Berufslebens und zuletzt ausgeübte Tätigkeit.

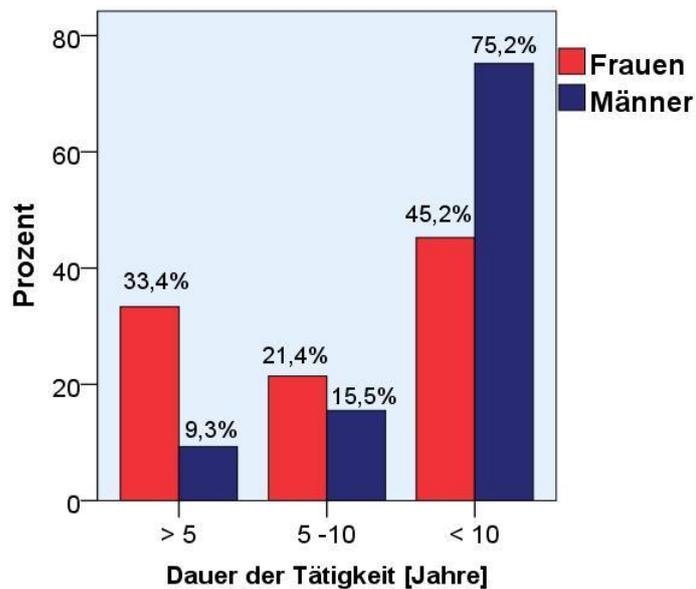
Für die begutachteten Personen ergab sich die in Tabelle 10 dargestellte Häufigkeitsverteilung. Danach hatte die Hälfte der begutachteten Personen (127, 50,8%) einen Beruf der Kategorie III bis V erlernt. 103 Personen (41,2%) lernten einen „leichten“ oder „leichten bis mittelschweren“ Beruf und 20 Personen (8,0%) keinen Beruf. Etwa drei Viertel der Begutachteten (186, 74,4%) gaben an, später auch in ihrem erlernten Beruf gearbeitet zu haben, 44 (17,6%) waren nie in ihrem erlernten Beruf tätig.

**Tabelle 10: Vergleich der Anzahl von Erwerbstätigen in den einzelnen Berufskategorien während der Berufslaufbahn**

Berufskategorien	erlernter Beruf		Tätigkeit während der Berufslebens		zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
	Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl	Personenanzahl
I leicht	44	103	79		49	133
II leicht - mittelschwer	59				84	
III mittelschwer	66	127	113	171	78	117
IV mittelschwer - schwer	53		48			
V schwer	8		10		6	
kein Beruf	20		0		0	

Ein Vergleich der Anzahl von Erwerbstätigen in den fünf Berufskategorien zwischen Tätigkeiten während der Berufslaufbahn und zuletzt ausgeübter Tätigkeit zeigt eine Verschiebung der Tätigkeitsfelder zu den leichteren Berufskategorien. So hatte die Mehrheit der Begutachteten (171, 68,4%) während ihrer beruflichen Laufbahn einen Beruf der Kategorie „mittelschwer“ bis „schwer“ ausgeübt, zuletzt waren darin aber nur noch 117 Personen (46,8%) tätig (siehe Tabelle 10).

Die meisten Personen (116, 67,8%), die während ihrer beruflichen Laufbahn in einer der Kategorien „mittelschwer“, „mittelschwer bis schwer“ oder „schwer“ tätig waren, taten dies länger als zehn Jahre. So arbeiteten drei Viertel der Männer (97, 75,2%) und etwa die Hälfte der Frauen (19, 45,2%) mehr als zehn Jahre in einem Beruf der Kategorie III bis V. 26 Personen (Frauen: 14, 33,4%; Männer: 12, 9,3%) arbeiteten weniger als fünf Jahre und 29 Personen (Frauen: 9, 21,4%, Männer: 20, 15,5%) fünf bis zehn Jahre in einem körperlich „mittelschweren“ bis „schweren“ Beruf (siehe Abbildung 3).



**Abbildung 3: Prozentuale geschlechtsspezifische Verteilung der Begutachteten in den Berufskategorien III – V in Abhängigkeit von der Tätigkeitsdauer (N=171)**

Bei 78 Personen (31,2%) war aus der Berufsanamnese ersichtlich, dass sie während ihrer beruflichen Laufbahn einer geringer qualifizierten Tätigkeit nachgingen, als sie erlernt hatten.

Betrachtet man die 250 Begutachteten hinsichtlich ihres Qualifikationsniveaus und der Schwere der Tätigkeit, die sie während ihres Berufslebens ausgeübt haben, ergibt sich Folgendes. Sowohl unter den niedrig Qualifizierten als auch unter den Personen mit einem mittleren Qualifikationsniveau arbeiteten mehr als zwei Drittel während ihrer Berufslaufbahn in einer körperlich „mittelschweren“, „mittelschweren bis schweren“ oder „schweren“ Tätigkeit (siehe Tabelle 11).

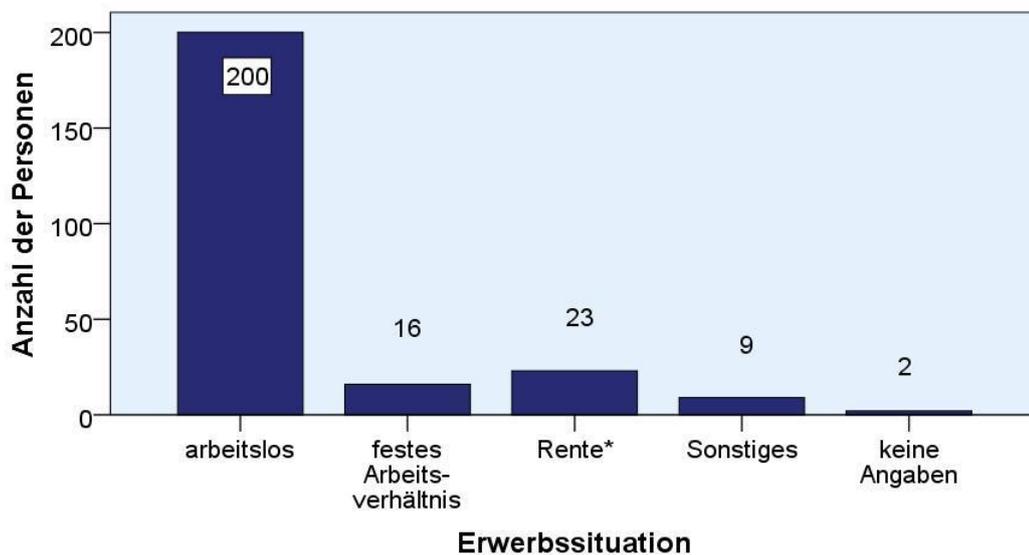
**Tabelle 11: Qualifikationsniveau in Abhängigkeit der Berufskategorien**

Berufskategorien	Qualifikationsniveau		
	niedrig	mittel	hoch
I leicht II leicht - mittelschwer	10 (32,3%)	67 (30,9%)	2 (100%)
III mittelschwer IV mittelschwer - schwer V schwer	21 (67,7%)	150 (69,1%)	0 (0%)
<b>Gesamt</b>	31 (100%)	217 (100%)	2 (100%)

#### 4.1.4 Erwerbs- und Einkommenssituation zum Zeitpunkt der Begutachtung

Zum Begutachtungszeitpunkt waren 232 Personen (92,8%) aufgrund von Arbeitslosigkeit, Berentung oder Sonstigem in keinem festen Arbeitsverhältnis. Das letzte feste Arbeitsverhältnis lag im Durchschnitt 77,2 Monate zurück.

Die Mehrheit der Rentenantragsteller (200, 80,6%) war zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos, 16 Personen (6,5%) waren in einem festen Arbeitsverhältnis und 23 Personen (9,3 %) bezogen bereits eine teilweise Erwerbs-, Berufs- oder vorgezogene Altersrente (siehe Abbildung 4).

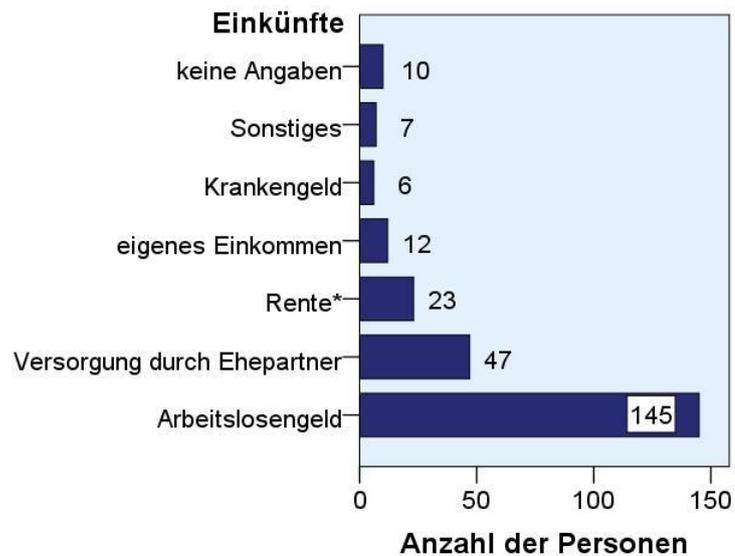


**Abbildung 4: Erwerbssituation zum Zeitpunkt der Begutachtung**

*\*) teilweise Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente, vorgezogene Altersrente*

47 (18,8%) der 250 Rentenantragsteller gaben bei der Begutachtung an, arbeitsunfähig zu sein. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war dabei nicht zu erkennen. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit von 38 Rentenantragstellern (neun fehlende Zeitangaben) betrug 40,8 Monate (1 - 168 Monate).

Der überwiegende Teil der begutachteten Personen (145, 58%) war zum Zeitpunkt der sozialmedizinischen Untersuchung auf Arbeitslosengeld angewiesen. Etwa ein Fünftel (47, 18,8%) wurde finanziell durch den Ehepartner versorgt, 23 Personen (9,2%) erhielten bereits eine Rente und zwölf Personen (4,8%) bezogen ein eigenes Einkommen (siehe Abbildung 5).



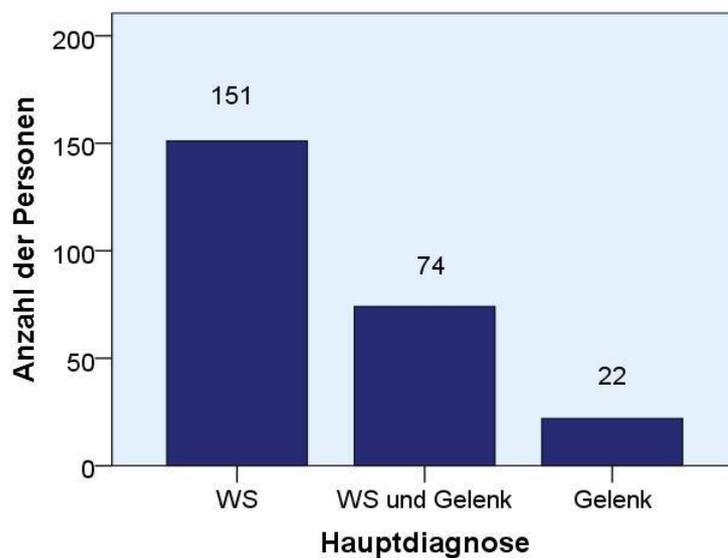
**Abbildung 5: Einkünfte zum Zeitpunkt der Begutachtung**

\* teilweise Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente, vorgezogene Altersrente

## 4.2 Medizinische Daten

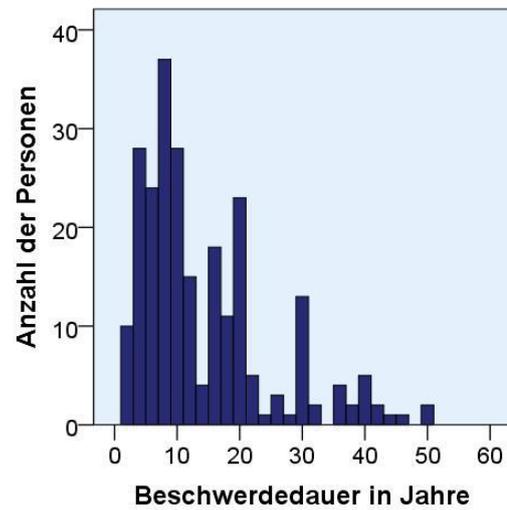
### 4.2.1 Orthopädische Hauptdiagnosen

Die am häufigsten gestellte Hauptdiagnose des Gutachters war eine Erkrankung der Wirbelsäule (WS) (151, 61,1%). Bei weiteren 74 Personen (29,6%) diagnostizierte der Gutachter zusätzlich zu der Wirbelsäulen- eine Gelenkerkrankung. Bei 22 Personen (8,9%) ergab die sozialmedizinische Untersuchung ausschließlich eine Gelenkerkrankung. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war dabei nicht festzustellen. Bei drei Personen stellte der Arzt keine orthopädische Hauptdiagnose. In Abbildung 6 ist die Verteilung der Diagnosen entsprechend ihrer Häufigkeit dargestellt.



**Abbildung 6: Verteilung der Hauptdiagnosen**

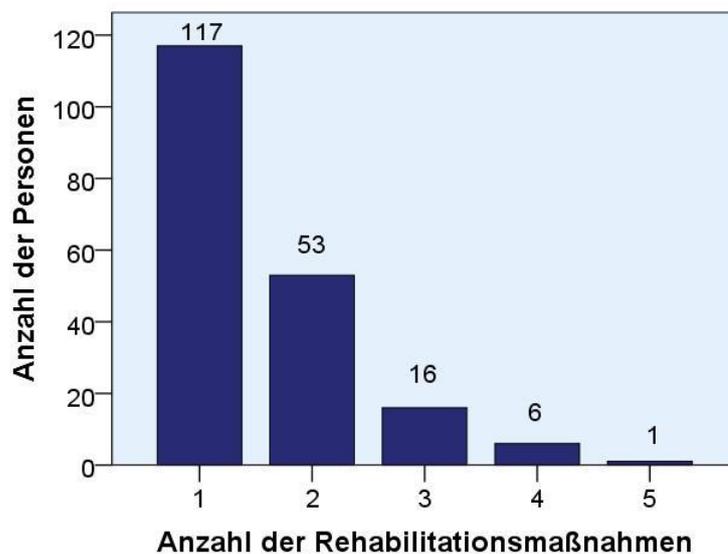
Die durchschnittliche Beschwerdedauer der Patienten zum Tag der Begutachtung betrug 13,9 Jahre (2 - 50 Jahre). In der Abbildung 7 sind die Patientenangaben grafisch dargestellt.



**Abbildung 7: Beschwerdedauer (in Jahren) der Begutachteten (N=240)**

Von 250 Antragstellern hatten im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte 185 (74,6%) eine stationäre und acht (3,2%) eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme absolviert. 55 Personen (22,2%) waren in ambulanter physiotherapeutischer Behandlung, bei zwei Personen lagen diesbezüglich keine Angaben vor.

Die Abbildung 8 zeigt die Anzahl der ausgeführten stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen. Die überwiegende Anzahl begutachteter Personen (170, 68%) absolvierte ein bis zwei Rehabilitationsmaßnahmen, weniger als zehn Prozent (23,9,2%) führten drei oder mehr Rehabilitationen durch.



**Abbildung 8: Anzahl der absolvierten stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen**

#### 4.2.2 Nebenbefunde

Abbildung 9 zeigt die Einteilung der BMI Werte in Anlehnung an die gültige Definition für Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (siehe Seite 14). Der durchschnittliche BMI betrug 29,9 (18 - 62). Die Mehrheit der Begutachteten (206, 82,4%) war übergewichtig, lediglich 40 Personen (16%) waren normalgewichtig, vier (1,6%) untergewichtig.

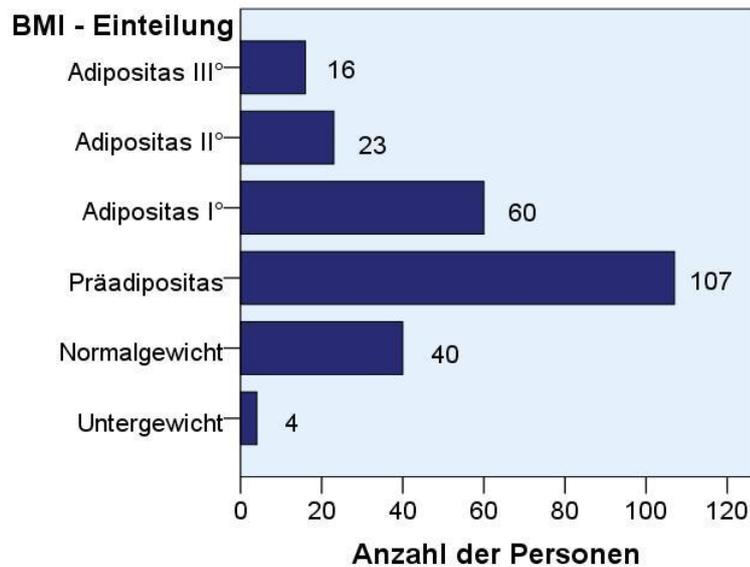


Abbildung 9: Einteilung der BMI Werte

Der Gutachter diagnostizierte bei 146 Personen (58,4%) eine somatoforme Schmerzstörung oder eine psychosomatische Schmerzanamnese. Hierbei zeigte sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Bei etwa drei Viertel aller weiblichen Begutachteten (71,6%, 68 Frauen) konnte ein entsprechender Nebenbefund gestellt werden. Bei den männlichen Begutachteten war es die Hälfte (50,3%, 78 Männer).

### 4.3 Einschätzung des Leistungsvermögens durch den Antragsteller und den Gutachter

Die Mehrheit der Antragsteller (149, 59,6%) antwortete auf die Frage „Welche Arbeiten können Sie Ihrer Meinung nach noch verrichten?“ mit „keine“ (siehe Anlage Seite 59 - 60). 79 Personen (31,6%) gaben an, noch leichte Arbeiten verrichten zu können. Der Gutachter schätzte nur bei 55 Personen (22%) das qualitative Leistungsbild entsprechend „keiner Arbeit“ ein. Nach seiner Begutachtung hatten noch 77 Personen das Leistungsvermögen, eine „leichte“, 101 Personen eine „leichte bis mittelschwere“ und eine Person eine „schwere“ Tätigkeit auszuüben (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12: Vergleich zwischen Antragsteller und Gutachter bez. des qualitativen Leistungsvermögens**

Berufskategorien	Antragsteller		Gutachter	
	Personenanzahl	[%]	Personenanzahl	[%]
leicht	79	31,6	77	30,8
leicht - mittel	3	1,2	101	40,4
mittel	0	0	16	6,4
mittel - schwer	0	0	0	0
schwer	0	0	1	0,4
keine Arbeit	149	59,6	55	22,0
keine Angabe	19	7,6	0	0

Die Angaben der Antragsteller und des Gutachters bezüglich ihres quantitativen Leistungsvermögens sind in Tabelle 13 aufgeführt. Von 189 Antragstellern schätzten 164 ihr Leistungsvermögen mit „keiner Arbeit“ oder unter drei Stunden und damit als vollständig erwerbsgemindert ein. Bei 61 Personen fehlten entsprechende Angaben. Der Arzt begutachtete bei 60 Antragstellern (24%) ein quantitatives Leistungsvermögen von unter drei Stunden und dementsprechend eine volle Erwerbsminderung.

**Tabelle 13: Vergleich zwischen Antragsteller und Gutachter bez. des quantitativen Leistungsvermögens**

Zeitangabe	Antragsteller		Gutachter	
	Personenanzahl	[%]	Personenanzahl	[%]
< 3 Stunden	164	65,6	60	24,0
3 bis 6 Stunden	13	5,2	1	0,4
> 6 Stunden	12	4,8	189	76,0
Gesamt	189	75,6	250	100

In 51 Fällen (20,4%) stimmten die Einschätzung des Antragstellers und des Gutachters bezüglich einer vollen Erwerbsminderung überein. Bei 113 Gutachten (45,2%) schätzte der Antragsteller sein Leistungsvermögen als unzureichend ein, der Arzt jedoch sprach ihm eine Erwerbsfähigkeit zu. 24 Mal (9,6%) sahen sowohl der Gutachter als auch der Patient keine Erwerbsminderung vorliegen. Lediglich einmal sprach der Gutachter dem Antragsteller entgegen dessen Einschätzung eine volle Erwerbsminderung zu (siehe Tabelle 14).

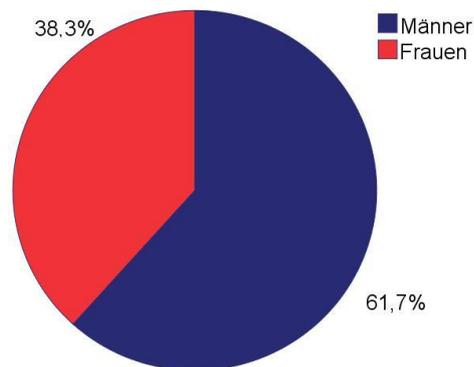
**Tabelle 14: Vergleich zwischen Antragsteller und Gutachter bez. der Erwerbsminderung**

		Erwerbsminderung laut Antragsteller			
		ja	nein	keine Angaben	Gesamt
Erwerbsminderung laut Gutachter	ja	51	1	8	60
	nein	113	24	53	160
	Gesamt	164	25	61	250

## 4.4 Erwerbsminderung in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren

### 4.4.1 Soziodemografische Daten

Von den 60 Personen, denen der Gutachter mit seiner qualitativen und quantitativen Leistungseinschätzung eine volle Erwerbsminderung zusprach, waren 37 Männer (61,7%) und 23 Frauen (38,3%) (siehe Abbildung 10). Das waren 23,8% aller männlich und 24,2% aller weiblich Begutachteten.



**Abbildung 10: Geschlechtsverteilung der erwerbsgeminderten Personen**

Das Durchschnittsalter der vom Gutachter als voll erwerbsgemindert eingeschätzten Personen betrug 53,9 Jahre. Die männlichen Begutachteten waren dabei mit durchschnittlich 54,2 Jahren (32 - 63) nahezu genauso alt wie die weiblichen mit durchschnittlich 53,3 Jahren (39 - 61).

Die als erwerbsfähig eingeschätzten Personen hatten ein Durchschnittsalter von 51,7 Jahren (26 - 63) und waren damit etwa zwei Jahre jünger.

In Tabelle 15 ist der Familienstand der erwerbsgeminderten und der erwerbsfähigen Personen zum Zeitpunkt der Begutachtung dargestellt. Der prozentuale Anteil in Partnerschaft und allein lebender Personen ist in beiden Gruppen annähernd gleich. Etwa ein Viertel aller Verheirateten und ein Viertel aller allein lebenden Personen wurde vom Arzt als erwerbsgemindert begutachtet.

**Tabelle 15: Erwerbsminderung in Abhängigkeit vom Familienstand**

	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
<b>Familienstand</b>	Personenanzahl (%)	Personenanzahl (%)	Gesamt (%)
in Partnerschaft	45 (22,7%)	153 (77,3%)	198 (100%)
ohne Partner	14 (28,6%)	35 (71,4%)	49 (100%)

14 von 31 begutachteten Personen (45,1%) mit einem niedrigen Qualifikationsniveau waren nach Gutachterbewertung voll erwerbsgemindert. Lediglich ein Fünftel (45,20,7%) der 217 Personen des mittleren Qualifikationsniveaus wurden ebenso eingeschätzt. Damit erhielten Personen mit einem niedrigen Qualifikationsniveau prozentual deutlich häufiger eine Erwerbsminderung (siehe Tabelle 16).

**Tabelle 16: Erwerbsminderung in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau**

		Erwerbsminderung nach Begutachtung		
		ja	nein	
Qualifikationsniveau	Schulabschluss und Ausbildungsgrad	Personenanzahl (%)	Personenanzahl (%)	Gesamt (%)
<b>niedriges</b>	kein Schulabschluss <b>ohne</b> / <b>mit</b> Berufsausbildung	7	7	14
	8. und 10. Klasse Abschluss <b>ohne</b> Berufsausbildung	7	10	17
Gesamt		14 (45,2%)	17 (54,8%)	31 (100%)
<b>mittleres</b>	8. und 10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Berufsausbildung	41	163	204
	10. Klasse Abschluss <b>mit</b> Studium	2	8	10
	Abitur <b>ohne</b> / <b>mit</b> Berufsausbildung	2	1	3
Gesamt		45 (20,7%)	172 (79,3%)	217 (100%)
<b>hohes</b>	Abitur <b>mit</b> Studium	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)

*\*) Facharbeiter (Lehre) und Teilberufsausbildung*

Von den 171 Personen, die während ihrer beruflichen Laufbahn eine „mittelschwere“, „mittelschwer bis schwere“ oder „schwere“ Tätigkeit ausübten, wurde etwa ein Viertel (39, 22,8%) als voll erwerbsgemindert begutachtet. Etwa in gleicher Größenordnung erfolgte die Bewertung bei 79 Personen, die nie einen Beruf der Kategorie III bis V ausübten (siehe Tabelle 17).

**Tabelle 17: Erwerbsminderung in Abhängigkeit von der Tätigkeitsschwere**

	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
<b>Tätigkeiten d. Kategorie:</b> - III mittelschwer - IV mittelschwer-schwer - V schwer	Personenzahl (%)	Personenzahl (%)	Gesamt (%)
ja	39 (22,8%)	132 (77,2%)	171 (100%)
nein	21 (26,6%)	58 (73,4%)	79 (100%)

Der Gutachter bewertete etwa ein Viertel aller arbeitslosen Personen (47, 23,5%) und auch aller Festangestellten (4, 25%) als vollständig erwerbsgemindert. In der Gruppe der bereits berenteten Personen wurde bei einem Drittel (7, 30,4%) eine volle Erwerbsminderung festgestellt (siehe Tabelle 18).

**Tabelle 18: Erwerbsminderung in Abhängigkeit von der Erwerbssituation**

	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
Erwerbssituation	Personenzahl (%)	Personenzahl (%)	Gesamt (%)
arbeitslos	47 (23,5%)	153 (76,5%)	200 (100%)
festes Arbeitsverhältnis	4 (25%)	12 (75%)	16 (100%)
Rente *	7 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (100%)

*\*) teilweise Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, vorgezogene Altersrente*

47 von 250 Personen waren zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitsunfähig. Bei 14 dieser Personen (29,8%) stellte der Gutachter eine volle Erwerbsminderung fest. Auch etwa ein Viertel der arbeitsfähigen Personen (46, 22,7%) wurde vom Gutachter als erwerbsunfähig eingestuft (siehe Tabelle 19).

**Tabelle 19: Erwerbsminderung in Abhängigkeit von einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit (AU)**

	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
AU z.Z. des Gutachtens	Personenzahl (%)	Personenzahl (%)	Gesamt (%)
ja	14 (29,8%)	33 (70,2%)	47 (100%)
nein	46 (22,7%)	157 (77,3%)	203 (100%)

#### 4.4.2 Medizinische Daten

Am häufigsten führte die Kombination einer Wirbelsäulen- und einer Gelenkerkrankung (32, 43,2%) zu einer vollen Erwerbsminderung. Prozentual betrachtet führte eine Wirbelsäulenerkrankung allein am seltensten in eine Erwerbsminderung (23, 15,2%) (siehe Tabelle 20).

**Tabelle 20: Erwerbsminderung in Abhängigkeit von den Hauptdiagnosen**

	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
Hauptdiagnosen	Personenzahl (%)	Personenzahl (%)	Gesamt (%)
WS + Gelenk	32 (43,2%)	42 (56,8%)	74 (100%)
Gelenk	5 (22,7%)	17 (77,3%)	22 (100%)
WS	23 (15,2%)	128 (84,8%)	151 (100%)

22 von 146 Personen (15,1%) mit einem psychischen Nebenbefund erhielten nach Begutachtung eine volle Erwerbsminderung zugesprochen (siehe Tabelle 21).

**Tabelle 21: Erwerbsminderung in Abhängigkeit von den Nebenbefunden**

Nebenbefunde	Erwerbsminderung nach Begutachtung		
	ja	nein	
	Personenzahl (%)	Personenzahl (%)	Gesamt (%)
Psychischer Nebenbefund	22 (15,1%)	124 (84,9%)	146 (100%)

Ein Vergleich der BMI Werte erwerbsgeminderter und erwerbsfähiger Personen zeigte keinen wesentlichen Unterschied. Die Gruppe der vollständig Erwerbsgeminderten lag mit einem durchschnittlichen BMI von 32 (18 - 54) leicht über dem der Erwerbsfähigen mit durchschnittlich 29,1 (18 - 62).

#### 4.5 Verfahrensausgänge in der 1. Instanz

Die Ausgänge von 222 Klageverfahren, die in der ersten Instanz bei den Sozialgerichten anhängig waren, sind in der Tabelle 22 aufgelistet. Demnach zogen 64 Antragsteller (28,8%) ihre Klage zurück, 62 Klagen (28%) wurden vom Gericht durch Urteil abgewiesen. 96 Personen (43,2%) wurde eine Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund übereinstimmender Erledigungserklärung (39, 17,6%), Vergleich (33, 14,8%), Anerkenntnis (21, 9,5%) oder Gerichtsurteil (3, 1,4%) gewährt.

**Tabelle 22: Verfahrensausgänge in der 1. Instanz**

<b>Ausgang</b>	<b>Anzahl der Ausgänge</b>	<b>[%]</b>
<b>Gesamt</b>	<b>222</b>	<b>100</b>
Klagerücknahme	64	28,8
Klageabweisung	62	27,9
• Rechtsmittel eingelegt	17	27,4
• keine Rechtsmittel eingelegt	45	72,6
Erledigungserklärung*	39	17,6
Vergleich**	33	14,8
Anerkenntnis	21	9,5
zugesprochenes Urteil (Erfolg)	3	1,4

*\*/\*\*) Erklärung siehe Seite 67*

Die 60 Rentenverfahren (fünf fehlende Angaben) bei den Sozialgerichten, in denen der Gutachter eine volle Erwerbsminderung feststellte, wurden wie in Tabelle 23 ersichtlich erledigt.

**Tabelle 23: Verfahrensausgänge, der vom Gutachter festgestellten Erwerbsminderungen**

Ausgang	Anzahl der Ausgänge	[%]
<b>Gesamt</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
Klagerücknahme	1	1,8
Klageabweisung	3	5,5
• Rechtsmittel eingelegt	0	0
• keine Rechtsmittel eingelegt	3	5,5
Erledigungserklärung*	22	40,0
Vergleich**	13	23,6
Anerkenntnis	15	27,3
zugesprochenes Urteil (Erfolg)	1	1,8

*\*/\*\*) Erklärung siehe Seite 67*

In 51 von 55 Fällen (92,7%) erhielten die Antragsteller eine Rente wegen Erwerbsminderung. Dabei kam es mehrheitlich zwischen dem Kläger und der Beklagten (Rentenversicherung) zu einer übereinstimmenden Erledigungserklärung (22, 40%) oder einem Vergleich (13, 23,6%). In 15 Fällen (27,3%) erkannte die Beklagte den Rentenanspruch an, lediglich ein Mal war ein zu sprechendes Urteil des Gerichts nötig.

In 4 Fällen (7,3%) erhielten die Antragsteller trotz festgestellter Erwerbsminderung keine Rente zugesprochen. Dies kann einerseits daran liegen, dass das Gericht der Leistungseinschätzung des Gutachters nicht gefolgt ist oder andererseits im Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsminderung, den der Gutachter ebenfalls feststellen muss, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beim Antragsteller nicht mehr erfüllt waren.

## 5 Diskussion

### 5.1 Soziodemografische Daten

Laut der Statistik des Deutschen Rentenversicherung Bund erhielten im Jahr 2008 mit 13.978 Männern (54,2%) und 11.803 Frauen (45,8%) mehr Männer Zugang zu einer EM-Rente aufgrund einer Erkrankung von Muskel-, Skelett- oder Bindegewebe (DRV Bund, 2011 a).

Zu diesem Ergebnis kommt auch die vorliegende Untersuchung. Auch hier stellten insgesamt mehr Männer (155, 62%) als Frauen (95, 38%) einen Antrag auf EM-Rente. Prozentual betrachtet erhielten etwa ein Viertel aller Männer (37, 23,8%) und ein Viertel aller Frauen (23, 24,2%) vom Gutachter die Empfehlung einer vollen EM-Rente. Beide Geschlechter erhielten somit gleich häufig eine EM-Rente vom Gutachter zugesprochen, Männer absolut betrachtet aber häufiger.

Den Angaben des Deutschen Rentenversicherung Bund zufolge waren Männer, die im Jahr 2008 aufgrund einer Muskel- oder Skeletterkrankung Zugang zu einer EM-Rente erhielten, im Durchschnitt 53,7 Jahre und Frauen 52,7 Jahre alt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes a). Diese Ergebnisse stimmen annähernd mit denen der vorliegenden Arbeit überein. Auch hier konnte kein signifikanter Altersunterschied zwischen männlichen und weiblichen Erwerbsgeminderten festgestellt werden. Männer mit einer vollen Erwerbsminderung waren bei der Begutachtung im Durchschnitt 54,2 Jahre (32 - 63) und die Frauen 53,3 Jahre (39 - 61) alt.

In der vorliegenden Analyse von 250 Rentengutachten konnte kein Zusammenhang zwischen dem Familienstand der begutachteten Person und der gutachterlichen Leistungsbeurteilung festgestellt werden. Prozentual betrachtet erhielten Personen in einer Partnerschaft etwa genauso häufig eine Erwerbsminderung zugesprochen wie allein lebende Personen (siehe Seite 32 Tabelle 15).

Auch die Annahme, dass Personen ohne berufstätigen Partner häufiger eine EM-Rente beantragen, weil sie durch den Partner nicht mit finanziell abgesichert sind, kann durch die Untersuchung nicht bestätigt werden. 112 (44,8%) Kläger hatten zum Begutachtungszeitpunkt einen berufstätigen Partner. Etwa genauso viele Kläger (118, 47,2%) hatten keinen Partner beziehungsweise war der Partner ebenfalls auf Sozialleistungen angewiesen (siehe Seite 18 Tabelle 8).

Die erhobenen Daten bezüglich des Qualifikationsniveaus wurden mit Ergebnissen einer Arbeit von Hagen et al. (2010), die mit prozessproduzierten Daten des Forschungszentrums der Rentenversicherung (FDZ–RV) arbeiteten, verglichen. Sowohl bei den 250 Begutachteten als auch bei den 60 erwerbsgeminderten Personen dieser Arbeit dominierte das mittlere Qualifikationsniveau. Zu diesem Ergebnis kamen auch Hagen et al., bei denen 75,4 % aller aktiv Versicherten einem mittleren Qualifikationsniveau entsprachen. In beiden Arbeiten zeigte sich allerdings, dass Personen mit einem niedrigen beruflichen Qualifikationsniveau häufiger Zugang zu einer Erwerbsminderungsrente erhielten (Hagen et al.: 15,1%; Arbeit: 45,1%) als diejenigen mit einem mittleren Qualifikationsniveau (Hagen et al.: 9,2%; Arbeit: 20,7%%) (siehe Tabelle 25 und Tabelle 26).

**Tabelle 24: Vergleich des Qualifikationsniveaus Gesamt**

<b>Qualifikationsniveau Gesamt</b>		
	Personenzahl	[%]
<b>Daten Hagen et al.:</b>		
aktiv Versicherte	529.291	100 %
davon Zugänge in EM-Rente	49.468	9,35 %
<b>Daten Arbeit:</b>		
begutachtete Personen	250	100 %
davon gutachterliche Empfehlung zur vollen EM-Rente	60	24 %

**Tabelle 25: Vergleich des niedrigen Qualifikationsniveaus**

<b>Qualifikationsniveau niedrig</b>			
	Personenzahl	[%] von Gesamt	[%] von niedrig
<b>Daten Hagen et al.:</b>			
aktiv Versicherte	73.457	13,9 %	100 %
davon Zugänge in EM-Rente	11.062	2,1%	15,1 %
<b>Daten Arbeit:</b>			
begutachtete Personen	31	12,4 %	100 %
davon gutachterliche Empfehlung zur vollen EM-Rente	14	5,6 %	45,2 %

**Tabelle 26: Vergleich des mittleren Qualifikationsniveaus**

<b>Qualifikationsniveau mittel</b>			
	Personenzahl	[%] von Gesamt	[%] von mittel
<b>Daten Hagen et al.:</b>			
aktiv Versicherte	398.858	75,4 %	100 %
davon Zugänge in EM-Rente	36.582	6,9 %	9,2 %
<b>Daten Arbeit:</b>			
begutachtete Personen	217	86,8 %	100 %
davon gutachterliche Empfehlung zur vollen EM-Rente	45	18 %	20,7 %

Hagen et al. betrachteten in ihrer Arbeit unter anderem den EM-Rentenzugang aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau. Dabei zeigte sich eine große Differenz bezüglich des Qualifikationsniveaus der EM-Rentenzugänger. Männer mit einem niedrigen Qualifikationsniveau hatten ein 14-fach höheres Risiko einer EM-Rente im Vergleich zu hochqualifizierten Männern (Böcklerimpuls, 2011). Vor dem Hintergrund, dass unter allen Begutachteten lediglich zwei Personen ein hohes Qualifikationsniveau hatten, kann mit dieser Arbeit die Aussage von Hagen et al., dass eine höhere Qualifikation das Frühberentungsrisiko verringert, bestätigt werden.

Auch andere Untersuchungen haben gezeigt, dass hoch qualifizierte Arbeitskräfte länger im Erwerbsleben bleiben als niedrig qualifizierte (Himmelreicher et al., 2007 und 2009, Radl, 2007). Dazu werden verschiedene Begründungen angeführt. Zum einen steigen höher qualifizierte Arbeitskräfte aufgrund längerer Ausbildungszeiten später in das Berufsleben ein. Zum anderen tragen ein geringeres gesundheitliches Risiko bei der Berufsausübung und eine ständige berufsbedingte Weiterbildung dazu bei, dass hochqualifizierte auch im höheren Alter über bessere Arbeitsmarktchancen als niedrig qualifizierte Arbeitskräfte verfügen (Himmelreicher et al., 2007 und 2009, Radl, 2007).

In der Literatur wird dem sozio-ökonomischen Status eine entscheidende Rolle bei der krankheitsbedingten Frühberentung zugeschrieben. Demnach führen ein niedriger Bildungs- und Berufsstatus sowie ein geringes Einkommen zu einem höheren Berentungsrisiko (Dragano, 2007). Die Mehrheit der 250 Kläger war zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos (200, 80,6%), nur wenige waren noch in einem festen Arbeitsverhältnis (16, 6,5%). Eine volle Erwerbsminderung bekamen 23,5% der Arbeitslosen und 25% der Personen in einem festen Arbeitsverhältnis zugesprochen (siehe Seite 35 Tabelle 18). Somit hatte der aktuelle Erwerbsstatus keinen Einfluss auf die Empfehlung des Gutachters. Unter dem hohen Anteil an Arbeitslosen spiegelt sich sicher das Bedürfnis nach einer langfristigen stabilen Versorgungssituation wider. Angesichts der herrschenden Arbeitsmarktsituation für gering qualifizierte Arbeitskräfte und der geltenden Hartz IV Regelungen bietet die, wenn auch nur kleine, EM-Rente eine finanzielle und somit eine soziale Absicherung.

Bei 31 (12,4%) der 250 Rentenantragsteller bestand zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit über die 78. Woche hinaus. Das heißt, nach sechswöchiger Lohnfortzahlung und anschließendem Krankengeld (72 Wochen) waren sie von der Krankenkasse ausgesteuert. Bei einer anschließenden Beschäftigungslosigkeit wegen langfristiger Arbeitsunfähigkeit kann vorübergehend Arbeitslosengeld beantragt werden, bis vom Rentenversicherungsträger über einen Antrag auf Leistung zur Teilhabe oder eine Erwerbsminderungsrente entschieden ist (§ 145 Drittes Buch Sozialgesetzbuch-Arbeitsförderung (SGB III)).

Im Rahmen des telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gab jeder dritte langzeitarbeitslose Mann an, dass gesundheitliche Einschränkungen ein Grund für die Arbeitslosigkeit seien. Zudem gaben 60 % der langzeitarbeitslosen Männer (20 - 59 Jahre) an, gegenwärtig von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung betroffen zu sein. Unter den Erwerbstätigen waren es lediglich 28% (Lampert et al., 2005). Auch aus der Gesundheitsberichterstattung des RKI 2012 geht her-

vor, dass Arbeitslosigkeit häufig (15% der befragten Männer, 19% der befragten Frauen) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes b).

Für viele Begutachtete stellt der Antrag auf EM-Rente einen Schritt zur Existenzsicherung dar. Denn ihnen bleibt der Arbeitsmarkt meist durch lange Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Einschränkungen und altersbedingt verschlossen.

In der Literatur (Dragano, 2007, Hagen et al., 2010) wird das erhöhte Risiko einer EM-Rente bei niedrig Qualifizierten mit der Ausübung körperlich schwerer Berufe begründet. Auch die Zahlen des „MAP Report“, der sich auf Daten der Deutschen Rentenversicherung bezieht, belegen dies. Demnach haben körperlich schwere Berufe wie Gerüstbauer, Dachdecker und Bergleute ein deutlich erhöhtes Risiko für eine EM-Rente. In diesen Berufsgruppen bezogen im Schnitt der Jahre 2007 bis 2009 etwa 50% der Beschäftigten eine vorzeitige EM-Rente. Berufe, die eine höhere Qualifikation verlangen, haben ein deutlich geringeres Risiko, eine EM-Rente zu beziehen. So beträgt zum Beispiel der Anteil an Physikern unter allen EM-Renten 3,62%, bei Maschinenbauingenieuren sind es 4,62% (Statista).

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass sowohl unter den niedrig Qualifizierten als auch unter den Personen mit einem mittleren Qualifikationsniveau mehr als zwei Drittel während ihrer Berufslaufbahn eine körperlich „mittelschwere“, „mittelschwere bis schwere“ oder „schwere“ Tätigkeiten ausübten. Es konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen der Schwere der Arbeit und der Feststellung einer Erwerbsminderung erhoben werden. Von 250 Begutachteten übten 171 während ihrer Berufslaufbahn eine „mittelschwere“, „mittelschwere bis schwere“ oder „schwere“ Tätigkeit aus. Der Gutachter stellte bei 39 dieser Personen (22,8%) eine aufgehobene Erwerbsfähigkeit fest. Allerdings bekamen auch 21 (26,6%) von 79 Begutachteten, die während ihrer Berufslaufbahn lediglich „leichte“ und „leichte bis mittelschwere“ Tätigkeiten ausübten, eine volle Erwerbsminderung zugesprochen.

Auch Weske und Thiede (2009) konnten in ihrer Studie keinen sicheren Nachweis dafür erbringen, dass ein erhöhtes berufliches Dorsopathierisiko grundsätzlich zu einer vorzeitigen Berentung führt.

Aus der Tabelle 10 (siehe Seite 20) ist ersichtlich, dass der Anteil an Personen, die während ihrer Berufslaufbahn „mittelschwere“ „mittelschwere bis schwere“ und „schwere“ Tätigkeiten ausgeübt haben, von 171 (68,4%) auf zuletzt 117 (46,8%) gesunken ist. Eine mögliche Ursache dafür ist ein bewusster Wechsel der Begutachteten in leichtere Tätigkeitsfelder aufgrund ihres körperlichen Gesundheitszustandes.

## **5.2 Medizinische Daten**

Die Diagnose einer Wirbelsäulenerkrankung ist die führende Hauptdiagnose unter den Begutachteten (151, 61,1%). Auch unter den 2008 gewährten EM-Renten nehmen die Wirbelsäulenerkrankungen den größten Teil (68,2%) unter den Muskel- und Skeletterkrankungen ein (Weske und Thiede, 2010). In der vorliegenden Arbeit führte die Diagnosekombination Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung am häufigsten, eine alleinige Wirbelsäulenerkrankung deutlich seltener zu einer vollen Erwerbsminderung (siehe Seite 36 Tabelle 20). Eine Erklärung ist die Tatsache, dass eine Vielzahl der in der Studie registrierten Wirbelsäulenerkrankungen Funktionsstörungen (Verspannung der Muskulatur, Blockierungen im Bereich der Wirbelsäule) waren, die keine dauerhaft relevanten Einschränkungen der Leistungsfunktion erkennen ließen. Dies spiegelt einerseits die Schwierigkeiten der Gesamtbewertung in Studien bei sehr multifaktoriellen, heterogenen Untersuchungsgruppen wider. Andererseits müssen Pathologien der Wirbelsäule auch subtil betrachtet und unterschieden werden. Diese Tatsache ist in den Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung zur Sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen hinterlegt: *„Nach einer Schätzung des Statistischen Bundesamtes lassen sich nur bei 20% der von chronischen Rückenschmerzen Betroffenen die Beschwerden auf eine umschriebene körperliche Erkrankung, einen biologischen Prozess oder zumindest die anatomische Quelle der Schmerzen zurückführen, zum Beispiel auf Nervengewebe, Bandscheibe, Wirbelgelenke oder Muskulatur. In 80% der Fälle sind die Schmerzen Folge einer Wechselbeziehung körperlicher, psychischer, sozialer, beruflicher und auch iatrogener Faktoren. Diese sogenannten unspezifischen Rückenschmerzen erfordern komplexe Behandlungsansätze, bedingen aber in der Regel keine Minderung der Leistungsfähigkeit“* (Deutsche Rentenversicherung c).

In den ausgewerteten Gutachten erhob der Gutachter häufig einen psychischer Nebenbefunde (146, 58,4%) in Form einer somatoformen Schmerzstörung oder psychosomatischen Schmerzanamnese. Nach Angaben des Gutachters sind diese Nebenbefunde keinesfalls per se ein Grund für die frühzeitige Berentung. Um den „Teufelskreis Schmerz - Inaktivität - Vermeidungsstrategie - zunehmende Schmerzen“ zu verlassen, bedarf es einer verhaltenstherapeutischen Rehabilitation. Dabei müssen sich die Patienten mit der Angst vor Schmerz und Bewegung systematisch auseinandersetzen und den Umgang mit Schmerzen erlernen. Denn „ein langanhaltendes Vermeiden motorischer Aktivitäten kann nachhaltige Folgen sowohl physischer Natur (Verlust der Mobilität, der Muskelkraft und Fitness), ..., als auch psychischer Natur (Verlust des Selbstwertgefühls, Mangel an Verstärkung, Depression, Fixierung auf somatische Aspekte, Neurose) haben“ (Riede, 2008).

Ebenso empfehlen Egle und Nickel in einem 2008 erschienen Artikel über „Chronische Rückenschmerzen als somatoforme Schmerzstörung“ Rentenanwärtern mit somatoformen Schmerzstörungen zunächst eine störungsspezifische Behandlung. Sperling et al. (2010) stellten die Hypothese auf, dass sich bis zu 50% der Rentenzugänge auf eine psychische Ursache zurückführen lassen könnten, wenn man den Anteil der an „Affektionen des Muskel-Skelettsystems und Bindegewebes“ diagnostizierten Erkrankungen, welche häufig psychosomatisch bedingt sind, mit einbeziehen würde.

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ werden EM-Renten erst dann bewilligt, wenn auch durch weitere Rehabilitationsmaßnahmen eine Teilhabe am Erwerbsleben langfristig nicht zu erwarten ist (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Damit soll ein vorzeitiges Ausscheiden der Versicherten aus dem Erwerbsleben und damit aus dem Kreis der Beitragszahler verhindert werden. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung wurde etwa jede vierte stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2008 aufgrund von Erkrankungen des Rückens oder der Wirbelsäule durchgeführt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes c). In der vorliegenden Arbeit hatte die Mehrheit der Begutachteten (193, 77,8%) bereits eine oder mehrere Rehabilitationsmaßnahmen absolviert (siehe Seite 27 Abbildung 8). Am häufigsten wurden dabei stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (185 Personen, 74,0%) durchgeführt. Mehr als ein Fünftel aller Antragsteller (55, 22,2%) hatte noch keine Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen. Elf von ihnen erhielten allerdings, entgegen des Grundsatzes „Reha vor Rente“, eine volle Erwerbsminderung vom Gutachter zugesprochen. Der Gutachter sah in diesen Fällen, unter Berücksichtigung der vorliegenden Diagnosen, Funktionsstörungen und des Verlaufs, das Rehabilitationspotential zur Funktionsverbesserung deutlich eingeschränkt.

### **5.3 Einschätzung des Leistungsvermögens durch den Antragsteller und den Gutachter**

Auffällig ist eine große Diskrepanz in der Einschätzung der bestehenden Leistungsfähigkeit zwischen Antragsteller und Gutachter. Etwa zwei Drittel aller Antragsteller (164, 65,6%) gaben ein Leistungsvermögen von unter drei Stunden und damit eine volle Erwerbsminderung an. Der Arzt bestätigte diese Angaben mit seinem Gutachten bei ungefähr einem Drittel (51, 31,1%) (siehe Seite 29 und 30 Tabelle 12 und Tabelle 13). Die Selbsteinschätzung der Kläger bezüglich ihres bestehenden Leistungsvermögens erklärt sich höchstwahrscheinlich mit dem bestehenden Rentenwunsch.

25 Antragsteller (10%) schätzten sich selbst als nicht oder nur teilweise erwerbsgemindert ein. Dies lässt Grund zu der Annahme, dass diese Personen durchaus noch arbeiten würden, aber keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden. Möglich Gründe dafür sind eine vorbestehende langdauernde Arbeitslosigkeit, das Alter oder gesundheitliche Einschränkungen. Dies zeigt nochmals die Bedeutung der umfänglichen sozioökonomischen Einflussfaktoren.

#### **5.4 Leistungsvermögen und Qualifikation – gutachterlicher Zwiespalt?**

Der Gutachter schätzte vielfach ein, dass die Antragsteller noch körperlich leichte Tätigkeiten wechselnd sitzend, gehend und stehend verrichten können, wobei ein ausschließliches Arbeiten im Stehen oder im Sitzen vermieden werden sollte (Gutachten Prof. Riede). Diese Anforderungen können jedoch in den meisten Berufen, in denen die Antragsteller einer EM-Rente zuvor tätig waren, nicht eingehalten werden. Das klassische Beispiel eines Arbeiters, der jahrzehntelang schwere körperliche Arbeit verrichtet hat und aufgrund eines Bandscheibenvorfalles nur noch leichte Tätigkeiten ausführen kann, wirft die Frage nach dessen Qualifizierung für eine leichte Tätigkeit auf. Gebauer stellte in einem 1994 erschienenen Artikel die Frage, ob solche Versicherten noch ein „wirtschaftlich verwertbares Restleistungsvermögen besitzen“ (Gebauer, 1994). Demnach ist es unabdingbar, nicht nur den körperlichen Befund, sondern auch die geistigen Fähigkeiten des Antragstellers im Gutachten ausreichend zu betrachten. Der Gutachter stellt für den Juristen dabei häufig die einzige Instanz dar, neben den körperlichen auch die geistigen Fähigkeiten festzustellen. Hierfür muss der Gutachter jedoch vom Gericht aufgefordert werden. Denn dies ist nicht von vornherein Begutachtungsaufgabe, sondern wird in der Regel im Beweisbeschluss formuliert. Insbesondere die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit des Antragstellers kann dabei geprüft werden. Kann der Gutachter diesbezüglich keine Aussage treffen, hat er die Möglichkeit, dem Gericht ein zusätzliches Gutachten, das die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeiten des Patienten prüfen soll, zu empfehlen. Es ist nicht Aufgabe des Gutachters festzustellen, ob eine Erwerbsminderung im Sinne des Gesetzes vorliegt, sondern die Beantwortung der vom Gericht gestellten Beweisfragen. Ist der Antragsteller laut Gutachten körperlich und geistig in der Lage einer leichten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen, hat er keinen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung. In diesen Fällen geht die Verantwortung an die Arbeitsverwaltung sich um die Qualifikation des Antragstellers zu bemühen und ihn auf dem Arbeitsmarkt zu vermitteln oder entsprechende Leistungen zu zahlen. Mit Blick auf die Arbeitsmarktlage ist dies immer ein Balanceakt.

## 6 Zusammenfassung

Erkrankungen des Skelett-, Muskel- und Bindegewebes stellen eine der häufigsten Ursachen für Erwerbsminderungen dar. Ziel dieser Arbeit war es, häufige Merkmale von Personen zu identifizieren, die im Verfahren um eine Erwerbsminderungsrente sozialmedizinisch begutachtet wurden. Hierfür wurden 250 orthopädische Rentengutachten ausgewertet, die von einem ausgewiesenen Fachgutachter erstellt wurden. Die Analyse der Gutachten erfolgte im Hinblick auf soziodemografische, berufliche und medizinische Daten.

Unter den 250 begutachteten Personen waren 155 männlich (62%) und 95 weiblich (38%). Diese prozentuale Verteilung ergab sich annähernd auch bei den 60 Personen, die vom Gutachter eine volle Erwerbsminderung zugesprochen bekamen. Das Durchschnittsalter der als erwerbsgemindert begutachteten Personen lag für die Männer bei 54,2 und für die Frauen bei 53,3 Jahren. Sowohl die Geschlechterverteilung als auch die erhobenen Daten zum Alter stimmen mit den statistischen Angaben der Deutschen Rentenversicherung überein. Bei Betrachtung des Qualifikationsniveaus überwog die Anzahl der Personen mit einer mittleren Qualifikation (217, 86,8%) deutlich vor denen mit einer niedrigen (31, 12,4%) und einer hohen (2, 0,8%) Qualifikation. Personen mit einem niedrigen Qualifikationsniveau erhielten dabei prozentual betrachtet am häufigsten eine Erwerbsminderung von dem Gutachter zugesprochen. Festzustellen war, dass zwei Drittel aller niedrig und mittel qualifizierten Personen während ihrer beruflichen Laufbahn körperlich „mittelschwere“, „mittelschwere bis schwere“ oder „schwere“ Tätigkeiten ausübten. Sie erhielten vom Gutachter allerdings etwa genauso häufig eine Erwerbsminderung zugesprochen wie Personen, die lediglich „leichte“ und „leichte bis mittelschwere“ Arbeiten ausübten. Die Mehrheit der Antragsteller (200, 80,6%) war zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos, lediglich 16 Personen (6,5%) waren noch in einem festen Arbeitsverhältnis.

Zu einer Erwerbsminderung führte am häufigsten die Kombination einer Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung. Wirbelsäulen- und Rückenbeschwerden sind häufig assoziiert mit sozialer und psychischer Belastung. In der vorliegenden Arbeit konnte bei einem Großteil der Personen (146, 58,4%) ein psychischer Nebenbefund von dem Gutachter erhoben werden.

Insgesamt erhielten 60 Antragsteller (24%) eine volle Erwerbsminderung von dem Gutachter zugesprochen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es sich bei den Antragstellern mehrheitlich um ältere Langzeitarbeitslose handelt. Für diese Personen ist die allgemeine Lage auf dem Arbeitsmarkt bisweilen frustrierend. Die soziale Unsicherheit muss als Motivation für die Antragstellung auf eine EM-Rente diskutiert werden. In diesem Prozess sieht sich der Gutachter vermehrt sozialpolitischen und sozioökonomischen Problemen gegenübergestellt. Er ist dennoch verpflichtet, unabhängig davon, den gesundheitlichen Zustand des Antragstellers zu bewerten und eine Einschätzung des noch bestehenden Leistungsvermögens zu geben. Es ist eine große gesamtgesellschaftliche Aufgabe diese Problematik umfänglich zu analysieren und zu ändern. Inwieweit eine Optimierung von Arbeitsbedingungen oder die Schaffung neuer Tätigkeitsbereiche im Einzelfall erfolgsversprechend sind, muss abgewartet werden. Limitierend wird dabei wohl immer auch die allgemeine wirtschaftliche Lage sein. Fragen der medizinischen Prävention und Rehabilitation müssen sowohl vom Betroffenen als auch von dem gesellschaftlichen Umfeld kritisch hinterfragt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit reihen sich in die Erkenntnisse bisheriger Untersuchungen zu diesem Thema ein. Dennoch besteht auch weiterhin ein hoher Bedarf an neuen Erkenntnissen über die Ursachen und Hintergründe zu krankheitsbedingten Frühberentungen in einer Gesellschaft, in der das Erwerbsleben immer länger und die psychischen Anforderungen immer höher werden.

## 7 Literaturverzeichnis

Becher, S. (2012): Begutachtung der Leistungsfähigkeit. Grundlagen der ärztlichen Begutachtung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2012, S.19-69.

Böcklerimpuls. [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de) < Böcklerimpuls < Literatursuche < „Der Körper leidet vor allem in einfachen Berufen“, Ausgabe 15/ 2011. am 20.8.2012.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. [www.bmas.de](http://www.bmas.de) < Rente < gesetzliche Rentenversicherung < Finanzierung der Rentenversicherung. am 30.01.2012.

Deutsche Rentenversicherung a. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) < Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf. Stand Juni 2011. am 04.09.2012.

Deutsche Rentenversicherung b. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) < Organisationsreform. am 14.02.2012.

Deutsche Rentenversicherung c. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) < Sozialmedizin < Begutachtung < Leitlinien < Muskel-Skelett-System und Bindegewebskrankheiten < Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen Juni 2009. am 29.8.2012.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011) a: Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften. Band 22, Berlin, 2011, S. 45-110.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2011) b: Die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. DRV-Schriften. Band 96, Berlin, 2011, S. 19-21, S. 125-126.

Deutsche Sozialversicherung. [www.deutsche-sozialversicherung.de](http://www.deutsche-sozialversicherung.de) < Rentenversicherung. am 24.01.2012.

Dragano, N. (Hrsg.): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten. Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. VS Verlag, Wiesbaden, 2007, S. 59-68.

Egle, U.T., Nickel, R. (2008): Chronischer Rückenschmerz als somatoforme Schmerzstörung. In: Der Orthopäde 4. 2008, S. 280.

Eichenhofer, E. (2007): Sozialrecht. 6. Auflage. Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, 2007, S. 18-21.

Fischer, K., Horn, S., Schuhknecht, P. (2009): Gesetzliche Rentenversicherung. In: Grosser, V., Schröter, F., Thomann, K.-D. (Hrsg.): Handbuch der orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung. Urban und Fischer Verlag, München, 2009, S. 397-399, S. 403-406, S. 415-416.

Gebauer, E. (1994): Wechselwirkungen zwischen Alter, Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderung. In: Med Sach 90. Nummer 6, 1994, S.192-197.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes a. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) < Rentenzugangsstatistik < Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, durchschnittliches Zugangsalter ab 2000. am 03.04.2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes b. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) < Gesundheitsberichterstattung kompakt < Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit < Ausgabe 01/2012. am 22.08.2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes c. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) < abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. am 23.08.2012.

Hagen, Ch., Himmelreicher, R., Kempfner, D., Lampert, T. (2010): Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. In: Wagner, G., Huschka, D. (Hrsg.): Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten Research Notes. Nummer 44, 2010, S. 10.

Heinz, J., Jahn, P., Jelinek, L., König, R.: Berufsprofile für die arbeits- und sozialmedizinische Praxis-Systematisches Handbuch der Berufe. BW Bildung & Wissen Verlag und Software GmbH, Nürnberg, 1997. CD-ROM.

Himmelreicher, R., Hagen, C., Clemens, W. (2007): Beeinflusst die höchste schulische und berufliche Qualifikation das individuelle Rentenzugangsverhalten? Eine empirische Analyse auf Datenbasis des Scientific Use Files Versichertenrentenzugang 2004. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Heft 07. 2007, S. 445-461.

Himmelreicher, R., Hagen, C., Clemens, W. (2009): Bildung und Übergang in den Ruhestand. Gehen Höherqualifizierte später in die Rente? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Heft 3, Wiesbaden, 2009, S.437-452.

König – Ouvrier, I. (2004): Divergenzen zwischen juristischen Zielvorstellungen und sachverständiger Begutachtung - ein unüberwindbarer Zwiespalt? In: Med Sach (2004) 100/4, S. 137-138.

Lampert, Th., Saß, A.-Ch., Häfelinger, M., Ziese, Th. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Hrsg.: Robert-Koch-Institut. Berlin, 2005, S. 73-84.

Ludolph, E. (2008): Grundlagen der Begutachtung in der Gesetzlichen Rentenversicherung. In: Weise, K.; Schlitenwolf, M. (Hrsg.): Grundkurs orthopädisch - unfallchirurgische Begutachtung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 59-60, S. 64-65.

Radl, J. (2007): Individuelle Determinanten des Renteneintrittsalters. Eine empirische Analyse von Übergängen in den Ruhestand. In: Zeitschrift für Soziologie. Heft 1, Stuttgart, 2007, S. 43-64.

Rehfeld, U. (2006); Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30, Berlin, S. 14.

Renz - Polster, H., Krautzig, S. (Hrsg.): Basislehrbuch Innere Medizin. Stoffwechsel und Ernährung. 4. Auflage. Elsevier Verlag, München, 2008, S. 894-895.

Riede, D.: Orthopädisches Gutachten im Rentenverfahren. Aktenzeichen L 3 R 134/08. Halle, 2008, S. 27-28.

Schneider, M. (2011): Rechtliche Rahmenbedingungen der Begutachtung im Verwaltungs- und Sozialgerichtsverfahren. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Auflage. Springer Verlag, Berlin – Heidelberg, 2011, S. 28.

Schröter, F. (2011): Rechtsgrundlagen der Begutachtung. In: Weise, K.; Schiltenswolf, M. (Hrsg.): Grundkurs orthopädisch - unfallchirurgische Begutachtung. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 3.

Sozialgesetzbuch - Drittes Buch. [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) < SGB III.  
am 15.02.2012.

Sozialgesetzbuch - Erstes Buch. [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) < SGB I.  
am 15.02.2012.

Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch. [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) < SGBVI.  
am 21.08.2012.

Sperling, W., Biermann, T., Löwe, A., Kornhuber, J., Reulbach, U. (2010): Frühberentung aufgrund psychiatrischer Erkrankungen. Eine Analyse von 94 Berufsunfähigkeitsgutachten. In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 2010, S. 213-218.

Statista. [www.statista.com/statistik/daten/studie/201745/umfrage/gefaehrlichste-berufe-nach-der-erwerbsunfaehigkeitsrente/](http://www.statista.com/statistik/daten/studie/201745/umfrage/gefaehrlichste-berufe-nach-der-erwerbsunfaehigkeitsrente/) .am 28.08.2012.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000) (Hrsg.): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung. DRV- Schriften. Band 21, Frankfurt am Main, 2000, S. 14-26.

Weske, M., Thiede, M. (2009): Zusammenhänge zwischen beruflicher Tätigkeit und dem Risiko vorzeitiger Berentung wegen Dorsopathie – Vergleich von Rentnern und Erwerbstätigen. In: DRV- Schriften. Band 55, Berlin, 2009, S. 142-155.

Weske, M., Thiede, M. (2010): Wertigkeit von erwerbsminderungsrelevanten Diagnosen im Reha - Datensatz „Abgeschlossene Rehabilitation 2006“ – eine spezielle Auswertung für Muskel- Skelett- und psychische Erkrankungen. In: DRV- Schriften. Band 55, Berlin, 2010, S. 103-117.

Zöllner, D. (1981): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland. Schriftreihe für internationales und vergleichendes Recht. Band 6a, Dunker & Humblot Verlag, Berlin, 1981, S. 13-48.

## 8 Anhang

### Erhebungsbogen für orthopädische Rentengutachten

#### 1. Formale Daten

- fortlaufende Nummerierung der Gutachten
- Aktenzeichen
- beauftragendes Gericht
- Zeitpunkt der Antragstellung (Jahr)

#### 2. Soziodemografische Daten

- **Geschlecht**
  - 1 = männlich
  - 2 = weiblich
- **Alter** des Patienten z.Z. der Begutachtung

##### 2.1 Familiäre Situationen

- **Familienstand** z.Z. der Begutachtung
  - 1 = verheiratet
  - 2 = ledig
  - 3 = geschieden
  - 4 = Lebensgemeinschaft
  - 5 = verwitwet
- **Erwerbssituation des Partners** z.Z. der Begutachtung
  - 1 = im festen Arbeitsverhältnis
  - 2 = arbeitslos
  - 3 = arbeitsunfähig, erwerbsunfähig, Rente
  - 4 = ABM, Umschulung
  - 5 = kein Partner
- **Kinder** z.Z. der Begutachtung
  - 1 = noch im Haus
  - 2 = nicht mehr im Haus
  - 3 = keine Kinder

- **Schulabschluss**
  - 1 = 8. Klasse
  - 2 = 10. Klasse
  - 3 = Abitur
  - 4 = kein Abschluss (7. Klasse)

## 2.2 Berufliche Laufbahn

- **Ausbildungsgrad**
  - 1 = Facharbeiter (Lehre)
  - 2 = Teilberufsausbildung
  - 3 = Fachschulstudium/ Hochschulstudium
  - 5 = keine Berufsausbildung
- **Erlerner Beruf**
  - 1 = leichte Arbeit
  - 2 = leichte bis mittelschwere Arbeit
  - 3 = mittelschwere Arbeit (unter 15 kg)
  - 4 = mittelschwere bis schwere Arbeit
  - 5 = schwere Arbeit (über 15 kg)
  - 6 = kein erlernter Beruf, Ausbildung abgebrochen
- **Wurde in Tätigkeiten der Kategorie**
  - III (mittelschwere Arbeit)**
  - IV (mittelschwere bis schwere Arbeit)**
  - V (schwere Arbeit)**

**gearbeitet?**

  - 1 = ja
  - 2 = nein
- **Wurde in einer der oben genannten Kategorien über einen Zeitraum von**
  - weniger als 5 Jahre**
  - 5 bis 10 Jahre**
  - mehr als 10 Jahre (inklusive Ausbildungszeiten)**

**gearbeitet?**

  - 1 = ja
  - 2 = nein

- **Welches Tätigkeitsprofil wurde zuletzt im festen Arbeitsverhältnis ausgeübt?**
  - 1 = leichte Arbeit
  - 2 = leichte bis mittelschwere Arbeit
  - 3 = mittelschwere Arbeit
  - 4 = mittelschwere bis schwere Arbeit
  - 5 = schwere Arbeit
  - 6 = keine Arbeit
  
- **Beurteilung (subjektiv), ob in der Berufslaufbahn einer geringer qualifizierten Arbeit nachgegangen wurde.**
  - 1 = ja
  - 2 = nein
  
- **Wann wurde das letzte Mal in einem festen Arbeitsverhältnis gearbeitet?**  
Angabe in Monaten

### 2.3 Erwerbs- und Einkommenssituation z.Z. der Begutachtung

- **Erwerbssituation z.Z. der Begutachtung**
  - 1 = arbeitslos
  - 2 = festes Arbeitsverhältnis
  - 4 = Rente           *(teilweise Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, vorgezogene Altersrente)*
  - 5 = Sonstiges       *(Rehabilitationsmaßnahmen, Umschulung, AB-Maßnahme, befristete Berentung)*
  
- **Besteht z.Z. der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit?**
  - 1 = ja
  - 2 = nein
  
- **Wenn ja, seit wann besteht die AU?**  
Angabe in Monaten

- **Einkünfte z.Z. des Gutachtens**

1 = Arbeitslosengeld

2 = eigenes Einkommen

3 = Versorgung durch den Ehepartner

4 = Krankengeld

5 = Rente *(teilweise Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, vorgezogene Altersrente)*

6 = Sonstiges *(Witwenrente, befristete Berentung, Übergangsgeld)*

**3. Medizinische Daten**

3.1 Orthopädische Hauptdiagnosen (laut Gutachter)

- **Wirbelsäulenerkrankung**

1 = ja

2 = nein

- **Gelenkerkrankungen**

1 = ja

2 = nein

- **Seit wann treten Beschwerden auf?**

Angaben in Jahren

- **Rehabilitation**

1 = stationäre Rehabilitation

2 = ambulante Rehabilitation

4 = ambulante Physiotherapie

- **Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen (bei stationär oder ambulant)**

Angabe Anzahl

### 3.2 Nebenbefunde

- **BMI**

Angabe BMI aus Körpergröße und Gewicht

- **Somatoforme Schmerzstörung/ psychosomatische Schmerzanamnese**

1 = ja

2 = nein

### 4. Einschätzung des Leistungsvermögens durch den Antragsteller und den Gutachter

- **Einschätzung des Rentenanwärters zu der Frage „Welche Arbeiten können Sie Ihrer Meinung nach noch verrichten?“**

**Qualitativ**

1 = leichte Arbeit

2 = leichte bis mittelschwere Arbeit

3 = mittelschwere Arbeit (unter 15 kg)

4 = mittelschwere bis schwere Arbeit

5 = schwere Arbeit (über 15 kg)

6 = keine Arbeit

**Quantitativ**

1 = unter 3 Stunden = volle Erwerbsminderung → Patientenangabe: „keine“

2 = 3 bis 6 Stunden → Patientenangabe: „ein wenig“, „ein paar Stunden“

3 = 6 Stunden und mehr = volle Erwerbsfähigkeit → Patientenangabe: „voll“

- **Einschätzungskriterien des Gutachters:**

**Qualitativ**

1 = leichte Arbeit

2 = leichte bis mittelschwere Arbeit

3 = mittelschwere Arbeit (unter 15 kg)

4 = mittelschwere bis schwere Arbeit

5 = schwere Arbeit (über 15 kg)

6 = keine Arbeit

**Quantitativ**

1 = unter 3 Stunden = volle Erwerbsminderung

2 = 3 bis 6 Stunden = teilweise Erwerbsminderung

3 = 6 Stunden und mehr = volle Erwerbsfähigkeit

- **Besteht laut Gutachter eine Aufhebung/Einschränkung der Erwerbsfähigkeit des Patienten**

1 = ja

2 = nein

**5. Ausgang der Verfahren in der ersten Instanz**

1 = Anerkenntnis

2 = Klage abgewiesen und Rechtsmittel eingelegt

3 = Klage abgewiesen und keine Rechtsmittel eingelegt

4 = Klagerücknahme

5 = Vergleich

6 = Erledigungserklärung

## Einteilung der Berufe hinsichtlich ihrer körperlichen Belastung

<b>Leichte Tätigkeiten</b>
Agenturarbeiter
Apothekenhelfer
Arzthelfer
Bauingenieur
Bekleidungsfachangestellter
Betreuer / Betreuungshelfer im Pflegeheim
Buchdrucker
Buchhalter
Bürokauffrau/ -mann
Call-Center-Mitarbeiter
Chemiefacharbeiter/ -laborant
Datenerfassung und -verarbeitung
Elektromechaniker
Filmvorführer
Finanzberater
Friseur
Großhandelskauffrau/ -mann
Industriekaufrau/ -mann
Ingenieurökonom
Kerammler
Kinoangestellter
Kämmerer in der Weberei
Laborarbeiter
Lehrer
Maschinenbauzeichner
Maschinenbediener
Näher
Pharmazeutisch technischer Assistent
Pförtner/ Portier
Qualitätskontrolleur

<b>Leichte Tätigkeiten</b>
Sachbearbeiter
Schneider
Schriftsetzer
Sekretär
Spinner
Stenophonotypist
Strumpffacharbeiter
Technischer Zeichner
Textilfacharbeiter
Textilreinigungsfacharbeiter
Verkaufsstellenleiter
Vorarbeiter in der Gummisortierung
Vormelder bei der Reichsbahn
Wachmann
Warenprüfer
Zahntechniker

<b>Leichte – mittelschwere Tätigkeiten</b>
Anlagenfahrer
Agraringenieur
Apparate- und Behälterbauer
Ausbilder in der Tischlerei/ Produktion
Bandarbeiter
Baumaschinist (Baugeräteführer)
Büromaschinenmechaniker
Dreher
Drucker/ Druckereihelfer
Elektriker
Erzieher
Fachangestellter für Anlagentechnik
Fleischabpacker

<b>Leichte – mittelschwere Tätigkeiten</b>
Friedhofpfleger
Geschäftsführer (Baubetrieb, Malerei)
Glasmacher/ Glasschmuckmacher
Handelskaufmann
Hausmeister
Industriemechaniker
Kassierer
Kellner
Koch/ Küchenhilfe
Krautfahrer
Kunststoffverarbeiter
Kurierdienst
Postangestellte/ -zusteller
Schuhstepper, Schuhwerker
Selbstständiger Imbissbesitzer, Getränkehandel
Verkäufer
Versandarbeiter/ Verpacker
Wartungsmonteur
Wäscher
Werkzeugmacher
Wirtschaftshilfe

<b>Mittelschwere Tätigkeiten</b>
Altenpfleger
Bäcker/ Backstubenhilfe
Bootsmann
Dachdecker/ Dachklempner
Elektromaschinenbauer, -monteur, -schlosser
Feldbau/ Erntehelfer
Fensterbauer
Fleischer

<b>Mittelschwere Tätigkeiten</b>
Fliesenleger/ Fussbodenleger
Gärtner
Arbeiter in der Gummifabrik
Handwerker
Heizungsmonteur
Holzbearbeiter
Installateur für Gas, Wasser und Heizung
Instandhaltungsmechaniker
Kraftfahrzeugschlosser, -mechaniker
Korrosionsschutz
Krankenschwester, pflegerische Hilfskraft
Lagerist / Facharbeiter für Warenbewegung, Lagerarbeiter
Laminierer für Windräder
Maler
Maschinen- und Anlagenmonteur
Maschinenschlosser
Metallzieher
Montagearbeiter
Produktionsarbeiter
Reinigungskraft
Schlosser
Schmied
Schutzplankenmonteur
Schweißer
Tierpfleger
Traktorist
Transportarbeiter
Trockenbauer
Zerspaner

<b>Mittelschwere – schwere Tätigkeiten</b>
Abrissarbeiten
Bauarbeiter, Baufacharbeiter, Bauhandwerker, Bauhelfer, Bauhilfsarbeiter
Bergmann
Forstwirt/ Waldarbeiter
Gießereifacharbeiter
Gleisbauer
Kanalarbeiter
Maurer
Maurerziegler
Maschinenbaumechaniker/ Maschinenbauer
Mechanisator/ Agrotechniker/ Landmaschinenmechaniker
Metallverarbeiter
Pflasterer/ Steinsetzer
Produktionsarbeiter in der Ziegelei
Rinderzüchter
Rohrleitungsmonteur
Stahlbauschlosser
Straßenbauer
Tischler
Wasserbauarbeiter

<b>Schwere Tätigkeiten</b>
Beton- und Stahlbetonfacharbeiter
Einschaler
Tiefbauer
Zimmerer

## Zuordnung von Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen

<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b>
• Cervikale Myelopathie
• Claudicatio spinalis mit / ohne Spinalkanalstenose
• Lokales cervikales/ lumbales vertebrales Schmerzsyndrom
• M. Bechterew
• Muskuläre Dysbalancen
• Osteoporose
• Postdiskotomiesyndrom nach Bandscheibenoperation
• Skoliose

<b>Gelenkerkrankungen</b>
• Arthrose
• Entzündungen (Arthritis urica, Rheumatische Erkrankungen)
• Subacromialsyndrome

### **Erklärung Erledigungserklärung und Vergleich**

Der Prozessvergleich, das heißt, ein Vergleich, der vor Gericht geschlossen wird, hat eine Doppelnatur. Er ist ein Vergleich im materiellen rechtlichen Sinne, bei dem die Vergleich schließenden in der Sache nachgeben, des Weiteren beendet er den Rechtsstreit. Wenn der Vergleich nicht vor Gericht geschlossen wird, die Beteiligten sich aber über den Anspruch einig geworden sind, muss noch eine Erklärung hinsichtlich des Prozesses erfolgen. Dieser wird dann für erledigt erklärt (A. Landeck, Richter am Sozialgericht Halle/Saale).

## 9 Thesen

1. Die Zahl der EM-Renten in Deutschland aufgrund von Skelett- und Muskelpathologien steigen stetig.
2. Die Mehrheit der Antragsteller wies ein niedriges und mittleres Qualifikationsniveau auf. Antragsteller mit einem niedrigen Qualifikationsniveau erhielten am häufigsten eine Erwerbsminderung vom Gutachter zugesprochen.
3. Mehr als drei Viertel der im Rechtsstreit klagenden Antragsteller waren zum Zeitpunkt der Begutachtung arbeitslos.
4. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Schwere der beruflichen Tätigkeit und dem Zuspruch einer Erwerbsminderungsrente.
5. Die Diagnosekombination aus Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung führte am häufigsten zu einer Erwerbsminderung. Der rechtzeitigen und präventiven Behandlung der genannten Pathologien sollte vermehrt Beachtung geschenkt werden.
6. Es fand sich eine auffällig hohe Zahl an assoziierten psychischen Nebenerbefunden.
7. Es bestand eine auffällig hohe Diskrepanz in der Einschätzung der bestehenden Leistungsfähigkeit zwischen Antragsteller und Gutachter. Nur ein Viertel der Antragsteller bekam vom Gutachter eine volle Erwerbsminderung zugesprochen.

## 10 Tabellarischer Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name	Franziska Bettina Radtke
Geburtsdatum	10. Januar 1986
Geburtsort	Köthen/ Anhalt
Familienstand	ledig
Staatsangehörigkeit	deutsch

### Schulbildung

1992 – 1996	Grundschule „Wolfgang Ratke“ Köthen
1996 – 2005	Gymnasium „An der Rüsternbreite“ Köthen

### Studium

WS 2005 – WS 2011	Studium der Humanmedizin an der Martin Luther Universität Halle - Wittenberg
14.12.2011	Approbation als Ärztin

### Berufliche Tätigkeit

Seit 01.06.2012	Assistenzärztin in der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie im Friederikenstift Hannover
-----------------	--

Hannover, den 02.05.2013

## **11 Selbstständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angaben der Quellen gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für die Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Bisher habe ich mich an keiner in- und ausländischen Hochschule um eine Promotion beworben.

Hannover, den 02.05.2013

## **12 Danksagung**

Mein Dank gilt Herrn Priv.- Doz. Dr. med. Krüger für die engagierte fachliche Betreuung während der Promotion.

Herrn Prof. Riede danke ich für das entgegengebrachte Vertrauen und die Möglichkeit seine Gutachten auszuwerten, um diese Arbeit schreiben zu können.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. med. Schröter, für seine Hilfe bei der stetigen Entwicklung dieser Arbeit sowie seinen zahlreichen wertvollen Anregungen und Korrekturen.

Abschließend geht mein Dank an alle, die mich auf diesem Weg in den letzten Jahren unterstützt haben.