

Dr. Britta Reichardt/Dr. Cornelis Stadtland/PD Dr. Ursula Wandl, München\*

## Berufsunfähigkeit und psychische Erkrankungen – eine Herausforderung für die Leistungsregulierung

Frühberentungen nehmen kontinuierlich zu und belasten die sozialen Sicherungssysteme erheblich. Im Jahr 2003 wurden bereits 2,9% des gesamten Sozialbudgets – 20,4 Mrd. Euro – für gesundheitsbedingte Frührenten ausgegeben.<sup>1</sup>

Die häufigsten Gründe für eine vorzeitige Berentung sind chronische Krankheiten. Allerdings verändert sich seit den Achtzigerjahren der Anteil der verschiedenen Krankheitsgruppen, die zu Frühberentungen geführt haben: Das Gewicht liegt immer stärker auf psychischen Erkrankungen. Betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen: Im Jahr 2003 trugen psychische Erkrankungen von Männern mit 24% zu den Frühberentungen bei, die von Frauen mit 35%. 1997 lag der Anteil psychosomatischer und neurotischer Störungen an den Rentenzugängen in der Altersgruppe von 40 bis 54 Jahren für Männer bei 19%, für Frauen bei 27%.<sup>2</sup> Ebenfalls angestiegen sind bei Frauen wie Männern Frühberentungen auf Grund Neubildungen bösartiger Tumore.

Erfreulich ist hingegen, dass der Einfluss anderer Erkrankungen, vor allem der Kreislauf- sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen, abnimmt. Dies verhindert, dass die sozialen Sicherungssysteme gesprengt werden. Stark gesunken (bei Frauen wie bei Männern) ist der Anteil der Kreislauf-erkrankungen an der Frühberentung; bei den Muskel- und Skeletterkrankungen stieg der Anteil zwar ab etwa 1980 an, geht aber seit Anfang der Neunzigerjahre wieder zurück.

### *Leistungsfälle auf Grund psychischer Erkrankungen nehmen zu*

Die psychischen Erkrankungen stellen alle am Gesundheitswesen und im sozialpolitischen Bereich Beteiligten vor eine nicht unerhebliche

Herausforderung. Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998/99 erkrankt nahezu jeder zweite Bundesbürger (41%) im Laufe seines Lebens wenigstens einmal an einer psychischen Gesundheitsstörung.<sup>3</sup> Während der Krankenstand insgesamt rückläufig ist, geht seit etwa einem Jahrzehnt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer Erkrankungen kontinuierlich nach oben.

So nahm der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1997 und 2004 von insgesamt 4,19% auf 3,39% ab.<sup>4</sup> Im gleichen Zeitraum nahmen zum Beispiel bei den berufstätigen DAK-Versicherten die Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen um 70% zu.<sup>5</sup>

Die Statistik der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bestätigt diesen Trend: Sie weist für 2002 bei den Neuzugängen der Erwerbsminderungsrenten für psychisch Erkrankte einen Anteil von 36% aus. Zehn Jahre zuvor lag er noch bei 21%.

Auch der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) berichtet, dass vorzeitige Berentungen zunehmend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. 2004 erfolgten 31% der Frühberentungen aufgrund einer psychisch bedingten Erwerbsminderung.<sup>6</sup> Bezieht man einen Teil der unter „Affektionen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes“ klassifizierten psychosomatischen Diagnosen (chronische Rückenschmerzen, Fibromyalgiesyndrom etc.) mit ein, könnte bei bis zu 50% der Rentenneuzugänge in Deutschland eine psychische Störung zu Grunde liegen.<sup>7</sup> Damit nehmen psychische Diagnosen den ersten Platz unter den Gesundheitsstörungen, die zu einer Frühberentung führen, ein.

Zudem scheiden psychisch Erkrankte fast 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze und fast 13 Jahre vor dem tatsächlichen durchschnittlichen Rentenalter (derzeit 60,4 Jahre) aus dem Erwerbsleben aus. Im öffentlichen Dienst nahm die Zahl der dienstunfähigen Beamten von 39% im Jahre 2000 auf 50% 2003 zu. 65% der Frühpensionierungen bei Lehrern waren auf psychische Erkrankungen zurückzuführen.<sup>8</sup>

In der privaten Versicherungswirtschaft wandeln sich die Ursachen für Berufsunfähigkeit gleichermaßen. Mittlerweile wird schätzungsweise jeder zweite Antrag auf Berufsunfähigkeitrente mit psychosomatischen Erkrankungen begründet.

\* Dr. med. Britta Reichardt, Relntra GmbH, Dr. med. Cornelis Stadtland, Forensische Psychiatrie der LMU München, PD Dr. med. Ursula Wandl, Ärztliche Direktorin Swiss Re Germany.

1 Rehfeld, U.G.: Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 30 (2006).

2 Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 1: Fachübergreifende Statistiken, Rentenzugang wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Altersgruppen und Ursachen, 1997. Wiesbaden 1999.

3 Jacobi, F.; Kloese, M.; Wittchen, H. U.: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47 (2004), 736–744.

4 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung – Ergebnisse der GKV-Statistik – KM 1 – Stand: 1. Juli 2005. Bonn 2005.

5 Deutsche Angestelltenkrankenkasse – Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2005. Hamburg 2005 in: Weber, A.; Hörmann, G.; Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt; 103 (13) (2006), A 834–841.

6 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung, Frankfurt/Main 2004.

7 Huber, M.: Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. Versicherungsmedizin 52 (2) (2000), 66–75.

8 Weber, A.; Weltle, D.; Lederer, P.: Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. Deutsches Ärzteblatt 101 (13) (2004), A 850–859.

Inwieweit es sich bei der Zunahme psychischer Erkrankungen um eine relative Häufigkeit handelt, wird noch diskutiert. In den letzten Jahren haben sich nämlich nicht nur die Möglichkeiten der Diagnose weiterentwickelt, auch der Kenntnisstand der hausärztlichen Betreuung verbesserte sich. Außerdem werden psychische Erkrankungen in der öffentlichen Meinung weniger stigmatisiert.

Die Zunahme psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder, die zu Berufsunfähigkeit führen, könnte aber auch als Spiegel der marktwirtschaftlichen Situation (wachsender Stress am Arbeitsplatz, drohender Arbeitsplatzverlust etc.) gesehen werden.<sup>9+10</sup>

### *Welche Probleme ergeben sich daraus für die Leistungsprüfung?*

Zunächst besteht die Schwierigkeit, dass die psychiatrisch-psychosomatische Diagnose so gut wie nichts über den Umfang des Leistungsvermögens im Rahmen der BUZ-Leistungsprüfung aussagt. Gerade bei somatoformen Störungen lässt die Festlegung auf eine Diagnose häufig offen, ob der Versicherte noch in der Lage ist, eine Tätigkeit ohne „Gefährdung der Restgesundheit“ auszuüben.

Maßgeblich für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit ist nicht das Vorhandensein einer Krankheit, sondern ob die durch die Krankheit hervorgerufene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens den Versicherten außer Stande setzt, seinen Beruf in einem bestimmten Umfang weiter auszuüben. Dabei ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen zu quantifizieren<sup>11</sup> und am Beispiel des ausgeübten Berufs zu verdeutlichen. Der Frage nach dem negativen Leistungsbild ist eine funktionelle Diagnose vorzuziehen, die neben den Defiziten auch die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.

Als problematisch erweist sich weiter, dass normierte Messverfahren für psychische und psychosomati-

sche Erkrankungen häufig falsch angewandt werden. Psychologische Testergebnisse ohne Überprüfung der Kooperationsbereitschaft können nicht unbesehen als Störungsnachweis oder „Objektivierung“ von Störungen angesehen werden.<sup>12</sup> Psychologische Tests hängen in besonderem Maße von der Mitarbeit des Untersuchten ab. Dies macht die Abgrenzung zu Simulation und Aggravation schwierig.

So täuschen normierte Verfahren oft eine Diagnosesicherheit vor, die nicht vorliegt. Neuropsychologische Diagnostik muss neben den testpsychologischen Ergebnissen auch eine Beurteilung des suboptimalen Leistungsverhaltens, zum Beispiel durch Beschwerdevalidierungstests oder andere etablierte Verfahren zur Diagnostik negativer Antwortverzerrungen, beinhalten. Erst in der Gesamtbewertung aller verfügbaren Informationen können gültige Aussagen über vorhandene Funktionseinschränkungen erzielt werden.

In einer retrospektiven Analyse von Gerichtsgutachten mit dem Leitsymptom Schmerz zeigte sich, dass weder das Alter der Probanden, ihr Geschlecht, ihre Nationalität, noch Klagen über psychovegetative Begleitsymptome wie Schwindel und Konzentrationsstörungen oder das Vorliegen eines somatischen Hintergrundes der Beschwerden oder einer depressiven Störung einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens zeigten.<sup>13</sup> Als entscheidend für die Beurteilung erwiesen sich das beobachtete Verhalten während der Exploration sowie die durch Fremdanamnese nachprüfbareren Aussagen über die Beeinträchtigung im sozialen und familiären Umfeld sowie in der persönlichen Lebensgestaltung.

Zudem scheinen die Schwierigkeiten bei der Leistungsprüfung im Fall von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu belegen, dass die gängige Regulierung vom Schreibtisch aus häufig nicht in allen Fällen ausreicht.

### *ReIntra modifiziert den Bearbeitungsprozess*

Vor diesem Hintergrund führte ReIntra einen modifizierten Bearbeitungsprozess für die Leistungsregulierung bei psychischen Diagnosen ein. ReIntra, eine Servicegesellschaft von Swiss Re, ist ein unabhängiger Beratungs- und Reintegrationsdienst, der Spezialisten aus dem Bereich der Medizin und Berufskunde unter einem Dach vereint. Die Inanspruchnahme von ReIntra durch die Versicherten beruht auf Freiwilligkeit. Ziel war ein zeitnahe, ganzheitlicher Schadensbearbeitungsprozess, in den Psychiater, Psychotherapeuten, Rehabilitationsmediziner, Berufskundler und Juristen einbezogen werden.

Zunächst wurden Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf und Leistungsvermögen des Patienten sowie Vertragsdaten mittels Aktenstudium bewertet. Bereits in diesem frühen Stadium der Bearbeitung wurden bei Bedarf Spezialisten hinzugezogen. Vorausgegangen war die Entwicklung verbesserter Antragsfragebögen für die behandelnden Ärzte.

Waren im Verlauf des Bearbeitungsprozesses weitere Informationen über die medizinische und berufliche Situation des Patienten notwendig, nahm der medizinisch-berufskundliche Beratungs- und Reintegrations-

9 Rief, W.; Cuntz, U.; Fichter, M.M.: Diagnostik und Behandlung somatoformer Störungen (funktioneller körperlicher Beschwerden). *Versicherungsmedizin* 53 (1) (2001), 12–17.

10 Stevens, A.; Foerster, K.: Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenanspruch). *Nervenarzt* 66 (1995), 811–819.

11 Stevens, A.; Foerster, K.: Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? *Versicherungsmedizin* 52 (2) (2000), 76–80.

12 Merten, T.: Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund – Nicht-authentische Beschwerden: vorgetäuschte neuropsychologische Störungen. *Der Medizinische Sachverständige* 102 (2) (2006), 58–62.

13 Widder, B.; Aschoff, J.C.: Somatoforme Störung und Rentenanspruch: Erstellen einer Indizienliste zur quantitativen Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens. *Med Sach* 91 (1) (1995), 14–20.

dienst (MBD/BBD) telefonischen Kontakt mit dem Anspruchsteller und/oder den behandelnden Ärzten und Therapeuten auf. Um eine fundierte Entscheidung (Leistungs-, Wiedereingliederungsfall) zu gewährleisten, erfolgte in einigen Fällen der Besuch eines Psychiaters mit oder ohne Berufskundler vor Ort.

Ziel war es, direkte und ausführliche Informationen über die ganzheitliche Situation des Versicherten (Anamnese, Verifizierung der Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, Reha-Potenzial und Reha-Bereitschaft, familiäres und soziales Umfeld) zu erhalten. In Ausnahmefällen wurde ein externes Fachgutachten eingeholt. Hierfür wurden gesonderte Richtlinien und Fragebögen für Gutachter und spezielle Anforderungen an Gutachten erstellt.

#### *Auswertung des Gesamtkollektivs*

87 Erstprüfungsanträge von Anspruchstellern mit psychischen Erkrankungen, die zwischen Juli 2004 und Dezember 2005 eingegangen waren, wurden zeitnah bearbeitet (Tabelle 1). Die Versicherten (davon 68% männlich, 32% weiblich) waren zum Zeitpunkt der Begutachtung im Durchschnitt 42 Jahre alt. Somit unterschieden sich Alter und Geschlechtsverteilung nicht wesentlich von den soziodemographischen Merkmalen eines typischen Kollektivs in der Leistungsregulierung.

Der Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente war im Mittel elf Monate vor Beauftragung von Relntra gestellt worden, die Diagnose im Durchschnitt drei Jahre vor Eingang bei Relntra.

Die soziodemographischen Angaben zum beruflichen Status im untersuchten Kollektiv wurden in folgende Kategorien unterteilt: Auszubildende (1%), Hausfrauen (1%), Arbeiter/Facharbeiter (11%), Angestellte (36%), leitende Angestellte (9%), Beamte (10%), Selbstständige ohne bezahlte Beschäftigte (13%) und Selbstständige mit bezahlten Beschäftigten (19%).

Alter (Jahre)	Mittel	42,3 (21–65)
Eingang Relntra nach Diagnosesstellung (Monate)	Mittel	39 (7–192)
Eingang Relntra nach BU-Antrag (Monate)	Mittel	11,4 (<1–78)
beruflicher Status (in %)		
	in Ausbildung	1 %
	Hausfrau	1 %
	Arbeiter/Facharbeiter	11 %
	Beamter	10 %
	Selbstständiger ohne bezahlte Beschäftigte	13 %
	Selbstständiger mit bezahlten Beschäftigten	19 %
	Angestellter (davon leitend)	45 % (9 %)
beruflicher Status zum Zeitpunkt der BU (in %)		
	Erziehungsurlaub	1 %
	Arbeitsvertrag ruht	1 %
	überhalbschichtiges Tätigkeitsbild	2 %
	erwerbsunfähig (gesetzliche Erwerbsunfähigkeit)	1 %
	Vorruhestand	6 %
	dienstunfähig (Beamte)	8 %
	Betriebsaufgabe	12 %
	reduzierte Arbeitsleistung	16 %
	arbeitslos	20 %
	arbeitsunfähig	33 %
Gruppen (in %)		
	überwiegend handwerklich	38 %
	überwiegend administrativ	62 %
Diagnosen nach ICD-10 (in %)		
	Verhaltensauffälligkeiten (mit körperlicher Störung) (F 50)	2 %
	– Mehrfachdiagnosen bei 34 % –	
	Suchterkrankungen (F 10–19)	5 %
	Schizophrenie (F 20–29)	6 %
	vorsätzliche Selbstbeschädigung (X 60–84)	8 %
	neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F 40–48)	39 %
	affektive Störungen (F 30–39)	40 %

Tabelle 1: Gesamtkollektiv  $n = 87$ ,  $m = 59$ ,  $w = 28$

Insgesamt waren 38% der Anspruchsteller überwiegend handwerklich tätig, 62% administrativ. Im Gesamtkollektiv ( $n = 87$ ) fanden sich 16% medizinische Heilberufe ( $n = 14$ ), 5% waren Lehrer ( $n = 4$ ). Ermittelt wurde außerdem der berufliche Status zum Zeitpunkt des Antrags auf Berufsunfähigkeit (arbeitsunfähig, arbeitslos, Erziehungsurlaub, erwerbsunfähig (gesetzliche Erwerbsunfähigkeit), dienstunfähig (Beamte), Vorruhestand, ruhender Arbeitsvertrag, Betriebsaufgabe, reduzierte Arbeitsleistung, überhalbschichtige Tätigkeit).

Im Gesamtkollektiv verteilten sich die nach ICD-10<sup>14</sup> verschlüsselten Diagnosen wie folgt (wobei in 34% der Fälle Mehrfachdiagnosen vorlagen): 40% affektive Störungen (F 30–39), 39% Belastungs- und Anpassungsstörungen (F 40–48), 8% vorsätzliche Selbstbeschädigung (X 60), 6% Schizophrenie (F 2), 5% Suchterkrankungen (F 10–19), 2% Verhaltensauffälligkeiten mit körperlicher Störung (F 5).

Insgesamt konnten nur 43% der Leistungsanträge, die aufgrund psychischer Krankheitsbilder gestellt worden waren, allein durch Aktenstudium entschieden werden. In weit über der Hälfte der Fälle war eine zusätzliche Kontaktaufnahme des medizinischen Dienstes mit dem Versicherten und/oder den behandelnden Ärzten oder Therapeuten (14%), ein Besuch vor Ort durch einen Psychiater mit oder ohne Berufskundler (insgesamt 34%) oder ein zusätzliches Fachgutachten (9%) notwendig.

#### *Ergebnis der Fallbearbeitung*

In der Entscheidungsempfehlung, die Relntra nach der Fallbearbeitung abgegeben hatte, galt in etwas über einem Drittel 31/87 (36%) der bearbeiteten Leistungsfälle die Berufsunfähigkeit als erwiesen. Der bedingungsgemäße Grad der Berufsun-

<sup>14</sup> Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern 2000.

fähigkeit war erreicht, wenn die versicherte Person zu mindestens 50% außer Stande war, ihre zuletzt vor Eintritt ihrer gesundheitlichen Beschwerden konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit fortzuführen. Als Maßstab galten dabei neben der zeitlichen Berechnung des Grades der Berufsunfähigkeit (Arbeitsstunden pro Tag) die qualitativen Aspekte (prägende Verrichtungen) sowie die Erzielbarkeit eines sinnvollen Arbeitsergebnisses.

Bei 17/87 (20%) der Fälle lagen nach Ansicht von Relntra die bedingungsgemäßen Kriterien für eine Anerkennung der Berufsunfähigkeit nicht vor. Insgesamt wurde bei 26/87 (29%) der Anträgen eine freie Vereinbarung für maximal zwölf Monate geschlossen. Definitionsgemäß handelte es sich durchweg um Individualvereinbarungen, die von den Umständen des Einzelfalls geprägt waren. Dem Versicherten war dabei klar, dass der Versicherer die Dauerhaftigkeit der Berufsunfähigkeit gerade nicht für gegeben hält, sie also lediglich kulanzhalber anerkennt.

Bei 10/26 (1.380%) der Anspruchsteller lag nach Ablauf der freien Vereinbarung keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor. Dies entspricht 10/87 (11%) Versicherten im

Gesamtkollektiv, die nach Ablauf einer freien Vereinbarung nicht bedingungsgemäß berufsunfähig waren. Individuelle Vertragsgegebenheiten führten bei 8/87 (9%) zum Vergleich. Bei 5/87 (6%) Anspruchstellern musste Anfechtung bzw. Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung oder Verletzung der vorvertraglichen Anzeige-Obiegenheit erklärt werden.

Der Algorithmus (Abbildung 1) stellt die abgegebene Entscheidungsempfehlung dar, aufgeschlüsselt nach der Vorgehensweise. Darüber hinaus wurde Relntra in 13 Leistungsfällen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens eingeschaltet. Von diesem Kollektiv (n=13) wurden 69% der Anspruchsteller als weiterhin berufsunfähig anerkannt. Bei etwa einem Drittel (31%) war im Rahmen der Nachprüfung aufgrund neuer gesundheitlicher oder beruflicher Entwicklungen keine Berufsunfähigkeit mehr nachzuweisen.

In einer weiteren Analyse des Gesamtkollektivs (n=87) wurde die Entscheidungsempfehlung bezogen auf die jeweiligen Tätigkeitsprofile betrachtet (Tabelle 2). In den beiden am häufigsten vertretenen Gruppen der Angestellten und Selbstständigen la-

gen tendenziell häufiger die Grundlagen für eine freie Vereinbarung vor. Bei 8/22 aus dieser Gruppe lag nach Ablauf der freien Vereinbarung bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht vor. Im Kollektiv der Selbstständigen kam es häufiger zum Vergleich als, in der Gruppe der Angestellten.

Untersucht wurde außerdem, welche Entscheidungsempfehlungen bezogen auf die einzelnen Diagnosen nach ICD-10 von Relntra ausgesprochen wurden (Tabelle 3). Bei 34% lagen Mehrfachdiagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis vor. Dabei ist auffällig, dass die Anerkennungsrate in dieser Gruppe bei 45% lag und in der Gruppe der Einfachdiagnosen bei 32%. Umgekehrt lag die Ablehnungsquote bei den Einfachdiagnosen wesentlich höher als bei den Mehrfachdiagnosen (22% versus 14%).

*Diskussion*

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen für die private Berufsunfähigkeitsversicherung eine neue Herausforderung dar. Um der Komplexität dieser Krankheitsbilder gerecht zu werden, ist im Rahmen der Leistungsprüfung ein frühzeitiger, ganzheitlicher Schadensbearbeitungsprozess notwendig. Für die Mo-

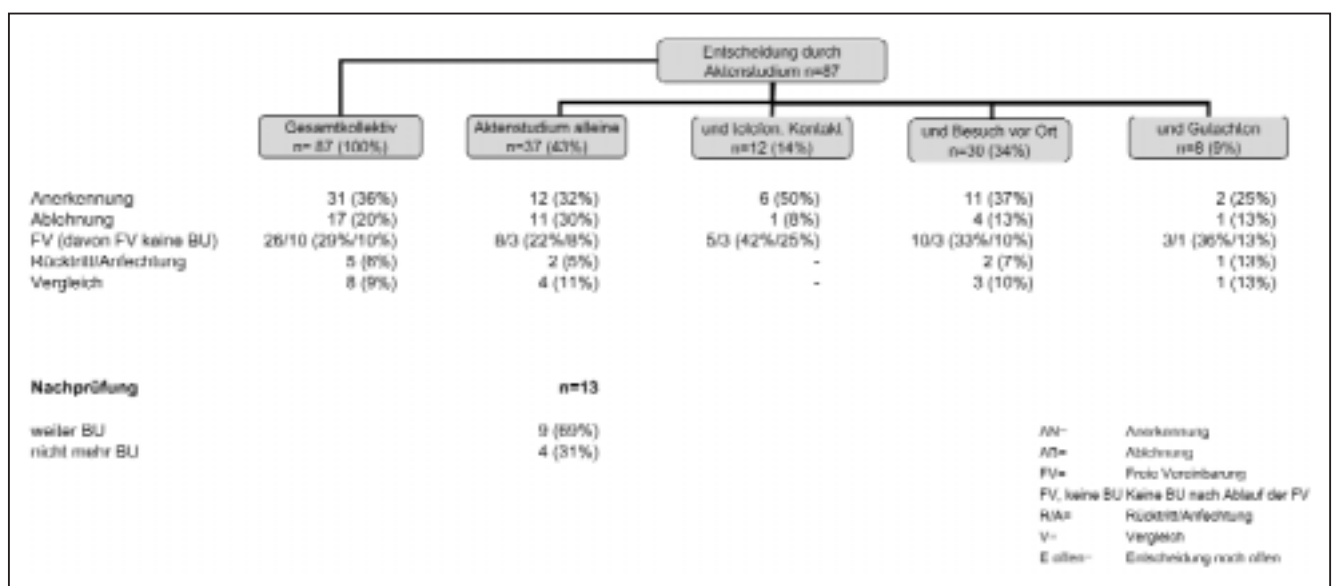


Abbildung 1: Algorithmus

	n=105	AN	AB	FV	FV, keine BU	R/A	V	E offen
Auszubildende	1	-	-	-	-	1	-	-
Hausfrauen	1	-	1	-	-	-	-	-
Arbeiter	10	5	3	1	-	1	-	-
Angestellte	36	13	11	3	7	-	1	1
leitende Angestellte	9	4	-	3	-	1	1	-
Beamte	9	5	-	1	2	1	-	-
Selbstständige ohne Mitarbeiter	17	8	2	2	-	-	3	2
Selbstständige mit Mitarbeitern	22	4	4	6	1	1	3	3

Tabelle 2: Entscheidungsempfehlung bezogen auf das Tätigkeitsbild (n = 105)

		AN	AB	FV	FV, keine BU	R/A	V	E offen
<b>Einfachdiagnosen:</b>								
affektive Störungen (F30-48)	41	15	7	7	4	2	3	3
neurotische/somatoforme/ Belastungsstörungen (F40-48)	37	11	10	4	6	1	2	3
Selbstbeschädigung/ Suizid (X 60-E)	-	-	-	-	-	-	-	-
Schizophrenie (F20-29)	4	2	1	1	-	-	-	-
Suchterkrankungen (F10-19)	1	1	-	-	-	-	-	-
Verhaltensauffälligkeiten (F50)	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>n=83</b>	<b>29(35 %)</b>	<b>18(22 %)</b>	<b>12(14 %)</b>	<b>10(12 %)</b>	<b>3(4 %)</b>	<b>5(6 %)</b>	<b>6(7 %)</b>
<b>Mehrfachdiagnosen</b>	<b>n=22</b>	<b>10(45 %)</b>	<b>3(14 %)</b>	<b>4(18 %)</b>	<b>-</b>	<b>2(9 %)</b>	<b>3(14 %)</b>	<b>-</b>

AN = Anerkennung  
 AB = Ablehnung  
 FV = freie Vereinbarung  
 FV, keine BU = keine BU nach Ablauf der FV  
 R/A = Rücktritt/Anfechtung  
 V = Vergleich  
 E offen = Entscheidung noch offen

Tabelle 3: Entscheidungsempfehlung bezogen auf die Diagnosen nach ICD 10 (n = 105)

tivation des Anspruchstellers spielt es eine zentrale Rolle, wie viel Zeit zwischen Diagnosestellung und dem Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente liegt und wie die schnell die Leistungsprüfung durchgeführt wird.

Eine zügige Abwicklung verhindert, dass sich der Wunsch auf Berentung verfestigt. Das modifizierte Vorgehen von Relntra bei Rentenanträgen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund psychisch-psykosomatischer Diagnosen trug diesem Umstand erst ansatzweise Rechnung. Da im Durchschnitt bereits elf Monate vergangen waren, waren die Erkrankungen einiger Versicherungsnehmer bereits chronifiziert. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse durch eine frühzeitige fachmännische Bearbeitung verbessert werden können. Wünschenswert wäre, dass zwischen Leistungsantrag und Einsatz des medizinisch-berufskundlichen Reintegrationsdienstes im Mittel nicht mehr als drei Monate vergehen.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass es sich bei den Relntra vorgelegten Leistungsanträgen aufgrund psychischer Erkrankungen um ein vorselektiertes Kollektiv handelt. Geprüft wurden Fälle, in denen dem Erstprüfer eine bestehende Berufsunfähigkeit nicht klar ersichtlich war und Verstöße gegen geltende Vertragsbedingungen, soweit erkennbar, bereits geltend gemacht wurden.

Im Vordergrund der Bearbeitung stand zunächst die Verifizierung der Diagnosen nach ICD-10. Sich widersprechende Aussagen in den medizinischen Befunden führten gerade bei Erkrankungen aus dem psychischen Formenkreis zu widersprüchlichen Diagnosen.

Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die behandelnden Ärzte mit der diagnostischen Einschätzung überfordert waren. Denkbar wäre auch, dass diese in einen Interessenkonflikt gerieten, der immer dann auftritt,

wenn Behandler gleichzeitig Befunde für die Versicherungen erheben.

Durch den frühzeitigen Einbezug von Fachleuten (Psychiater, Psychotherapeuten) beim Aktenstudium, durch persönlichen Kontakt vor Ort oder in seltenen Fällen durch geeignete Fachgutachten konnte die Diagnose unter Verwendung der für das Fachgebiet psychischer Störungen relevanten Klassifikation (ICD-10: F0X-F9X) begründet und damit größtmögliche Diagnosesicherheit erzielt werden. Dies war die Voraussetzung, um die durch die Diagnose bedingten Einschränkungen, die für Leistungen aus der Versicherung entscheidend sind, zu ermitteln.

Chronische Erkrankungen, die schwer zu objektivieren sind – vor allem Somatisierungsstörungen und Schmerzsyndrome –, gewinnen zunehmend an Gewicht. Der ICD-10 definiert im Kapitel 45 als diagnostisches Charakteristikum der somatoformen Stö-

rung die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Problematisch ist dabei, dass eine organmedizinische Diagnose häufig auch gestellt wird, wenn organische Korrelate fehlen.

Dies führt dazu, dass somatoforme Störungen, je nach Art der somatischen Diagnose und Behandlung unterschiedlich klassifiziert werden und der Graubereich (und damit das Vorkommen somatoformer Störungen) wesentlich größer ist als bisher angenommen. Derartige diagnostische Zuschreibungen können das individuelle Krankheitskonzept des Patienten fixieren und damit Einfluss auf Potenzial und Bereitschaft zur Rehabilitation nehmen.

Denkbar wäre, dass der hohe Anteil an Belastungs- und Anpassungsstörungen im Gesamtkollektiv dadurch zu Stande kam, dass andere psychiatrische Diagnosen für den Leistungsprüfer klarer waren und RelIntra deshalb nicht vorgelegt wurden.

Aber auch die Rentenversicherungsstatistik und Daten zu stationären Rehabilitationsbehandlungen belegen diese Ergebnisse. Im Jahr 2001 wurden  $n = 21.133$  BfA-Versicherte wegen psychischer Einschränkungen (ICD-10: F0X–F9X) in der Angestelltenversicherung vorzeitig berentet. Beim Diagnosespektrum standen depressive Episoden mit 30% im Vordergrund, gefolgt von Belastungs- und Anpassungsstörungen (10%) sowie somatoformen Störungen (10%).<sup>15</sup>

Auch bei den stationären Rehabilitationsbehandlungen aus dem Jahr 2001 zeigt sich, dass von insgesamt 135.255 Erkrankten mit der Diagnose „psychische Störungen“ (ICD-10, Kapitel F) 29% auf die Suchterkrankungen (F10–19) entfallen. 25% der Rehabilitationsbehandlungen erfolgten

bei affektiven Erkrankungen (F30–39), während der größte Anteil von 38% auf neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F40–48) entfiel. Die Behandlung schizophrener Erkrankungen spielte im Bereich der stationären Rehabilitation fast keine Rolle.<sup>16</sup>

Zwischen psychischer Erkrankung, beruflichem Status und der Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche wie Arbeit und soziales Umfeld besteht ein enger Zusammenhang.<sup>17</sup> Die Zunahme psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder in der Berufsunfähigkeitsversicherung spiegelt die marktwirtschaftliche Situation wider. Arbeitnehmer sind zunehmend einem wachsenden Druck am Arbeitsplatz mit drohendem Arbeitsplatzverlust ausgesetzt.

Das modifizierte Vorgehen in der Leistungsregulierung bei psychischen Erkrankungen ermöglichte es, eine fundierte Entscheidung darüber zu treffen, ob ein Leistungs- oder ein Wiedereingliederungsfall vorliegt. Durch ein Mehr an direkter Information über die ganzheitliche Situation des Anspruchstellers (Anamnese, Verifizierung der Diagnose, Therapie, Verlauf, Reha-Potenzial, Reha-Bereitschaft und Umfeld) konnte die Rate fälschlicherweise als positiv beurteilter Fälle reduziert werden.

Bemerkenswert ist die geringe Anzahl erforderlicher Gutachten (8 Gutachten bei  $n = 87$ ). Bisherige Erfahrungen zeigten, dass Gutachten häufig nicht aussagekräftig sind. Welche funktionellen Einschränkungen in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vorliegen, wird nicht genau festgestellt. Aus diesem Grund hat RelIntra einen diagnosespezifischen Fragenkatalog für Ärzte entwickelt, der sich nicht an einem negativen Leistungsbild, sondern an der funktionellen Diagnose orientiert. Auf diese Weise werden neben den Defiziten auch die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.

Es ist damit zu rechnen, dass Berufsunfähigkeiten und Frühberentungen

aufgrund psychischer Erkrankungen weiterhin zunehmen. Dennoch wird diese Problematik noch nicht ihrer sozioökonomischen Bedeutung entsprechend in der gesellschaftlichen Diskussion berücksichtigt. Ebenso wie in der gesetzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente wird der Anteil psychischer Erkrankungen auch in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung ansteigen.

In prospektiven Studien gesicherte, empirisch validierte Risikofaktoren für Berufsunfähigkeit liegen bis heute nicht vor. Bei der Bewertung und Begutachtung der Leistungsfähigkeit im Berufs- und Erwerbsleben sowie der Lebensqualität müssen neue Wege beschritten werden, um dieser Herausforderung künftig gerecht zu werden.

Der steigende Anteil psychisch bedingter Frühberentungen lässt sich auch dadurch begründen, dass Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen – die zum Beispiel bei Herz- und Kreislauferkrankungen das Risiko der Erwerbsminderung senken konnten – bei psychischen Störungen weiter ein Schattendasein führen.<sup>18</sup> Ein frühzeitiges Angebot an den Versicherungsnehmer, sich während des Genesungsprozesses durch einen Reha-Manager begleiten zu lassen, könnte die Zahl der dauerhaften Leistungen deutlich reduzieren.

Durch folgende Maßnahmen kann RelIntra eine Reduktion der Leistungsfälle mit psychischen Erkrankungen

15 Irlé, H.; Grünbeck, P.; Klosterhuis, H.: Rehabilitation vor Frühberentung bei Menschen mit psychischen Störungen. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin, eingereichtes Abstract.

16 VDR: Rehabilitation 2001, Frankfurt 2001.

17 Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V.: Psychische und Verhaltensstörungen. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt 103 (13) (2006): A 834–841.

18 Stadtland, C.; Schütt, S.; et al.: Klinische Prädiktoren für die Vorhersage einer späteren Berentung bei Probanden mit somatoformen Symptomen: Erste Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. Der Medizinische Sachverständige 55 (3) (2004), 111–117.

erreichen und damit eine tragende Rolle in der Leistungsbearbeitung spielen:

- Einbeziehung von Fachleuten bereits beim Aktenstudium
- Telefonkontakt mit dem Versicherungsnehmer und/oder den behandelnden Ärzten/Therapeuten durch Mediziner als Ergänzung zur Aktenlage
- direkte und ausführliche Information über die ganzheitliche Situation des Patienten vor Ort
- Reduktion der Rate fälschlicherweise als positiv beurteilter Fälle durch Einbezug von Spezialisten (z.B. Verifizierung der Diagnose, Einschätzung der Funktionsfähigkeit)
- Hilfestellung bei der Auswahl geeigneter Gutachter und Erstellung krankheitsspezifischer Fragekataloge zur genauen Feststellung der funktionellen Einschränkungen, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit
- Begleitung der medikamentösen und therapeutischen Behandlung in enger Anbindung an die behandelnden Ärzte (Beratung durch Fachleute, Hilfestellung durch Vermittlung geeigneter Behandlungszentren, Erhöhung der Compliance)
- durch frühzeitige Einbindung und direkten Kontakt mit dem Versicherten verbesserte Chancen der Möglichkeiten zur Wiedereingliederung des Anspruchstellers und Verhinderung einer Chronifizierung
- Individuelle Entscheidungsmöglichkeiten durch differenzierte Informationen
- Erhöhung der Motivation zur Wiederaufnahme bzw. Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit durch Unterstützung bei frühzeitiger beruflicher Rehabilitation
- Aktivierung aller Möglichkeiten zur Wiedereingliederung des An-

spruchstellers unter Würdigung seiner Einschränkungen sowie unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten und Ressourcen durch langfristige Begleitung durch einen Reha-Manager.

Die Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind den meisten Ärzten bis heute nur unzureichend bekannt; empirische, prospektive Untersuchungen dazu fehlen in Deutschland weitestgehend. Deshalb setzt sich Relntra zum Ziel, die Diagnosen zu evaluieren und zu validieren und Wege zur Gesundung aufzuweisen und zu begleiten, um einer oft kontraproduktiven, frühzeitigen Berentung von psychisch Erkrankten entgegenzuwirken.<sup>19,20</sup> Dieses Ziel liegt sowohl im In-

teresse des Betroffenen als auch des Schadenregulierers.

In dieser Arbeit konnte erstmals gezeigt werden, wie durch einen neuartigen professionellen Ansatz einer Chronifizierung von Krankheiten entgegengewirkt werden könnte. Die Ergebnisse müssen künftig auf einer breiteren empirischen Basis weiter untersucht werden.

19 Stadtland, C.; Gündel, H.; Schütt, S.; Nedopil, N.: Kriterien zur Beurteilung der quantitativen Leistungseinschränkung bei der Begutachtung funktioneller körperlicher Störungen. *Versicherungsmedizin* 55 (3) (2003), 11-117.

20 Stadtland, C.; Schütt, S.; et al.: Somatoforme Störungen und Frühberentung. Eine empirische Evaluation der Begutachtungspraxis und Risikofaktoren. *Nervenheilkunde* 10 (2004), 567-571.

### Die 25 größten Rückversicherungs-Gruppen weltweit

Rang	Gruppe	Land	Netto-RV-Prämie (Mio. \$)	
			2005	2004
1	Münchener Rück	Germany	22.602,8	26.400,1
2	Swiss Re <sup>1)</sup>	Switzerland	21.203,6	25.766,9
3	Berkshire Hathaway Re	U.S.	10.041,0	10.580,0
4	Hannover Rück	Germany	9.190,8	10.125,9
5	GE Insurance Solutions <sup>1)</sup>	U.S.	6.697,0	8.173,0
6	Lloyd's	U.K.	6.566,8	6.375,7
7	XL Re	Bermuda	5.012,9	4.149,3
8	Everest Re	Bermuda	3.972,0	4.531,5
9	Reins.Group of America Inc.	U.S.	3.863,0	3.342,5
10	PartnerRe	Bermuda	3.615,9	3.852,7
11	Transatlantic Holdings Inc.	U.S.	3.466,4	3.749,3
12	Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co. Ltd.	Japan	2.789,3	3.455,1
13	SCOR	France	2.691,8	3.329,5
14	Odyssey Re	U.S.	2.301,7	2.361,8
15	Korean Re	Korea	1.946,7	1.678,4
16	Scottish Re Group Ltd.	Caymans	1.933,9	589,4
17	Converium	Switzerland	1.815,7	3.726,1
18	Sompo Japan Insurance Inc.	Japan	1.803,9	2.052,8
19	Transamerica Re (Aegon)	U.S.	1.741,0	953,8
20	Platinum Underwriters Holdings Ltd.	Bermuda	1.717,7	1.646,0
21	Mitsui Sumitomo Insurance Co. Ltd.	Japan	1.712,6	1.956,1
22	Arch Capital Group Ltd.	U.S.	1.657,5	1.588,0
23	ACE Tempest Re	Bermuda	1.545,7	1.524,6
24	Axis Capital Holdings Ltd.	Bermuda	1.491,2	1.060,4
25	Caisse Centr. de Réassur.	France	1.475,5	1.718,1

1) 2006 Übernahme von GE Insurance durch Swiss Re.

(Quelle: Standard & Poor's)