

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>



Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) vom 22. März 2004

Für alle Rehabilitationsträger sind eine umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung¹ über die Gesundheitsprobleme² von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und die mögliche Prognose einschließlich beruflicher Perspektive wichtig, um den betroffenen Menschen entsprechende Leistungen zur Teilhabe anbieten zu können.

Da vermeidbare Begutachtungen die betroffenen Menschen unnötig belasten, sollen Gutachten grundsätzlich so gestaltet sein, dass die erhobenen Befunde und Beurteilungen möglichst auch bei der Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen anderer Rehabilitationsträger verwendet werden können.

Mit der Gemeinsamen Empfehlung werden vorrangig trägerübergreifende Grundsätze für Begutachtungen vereinbart. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und damit verbundenen Verfahren ergeben sich insbesondere aus dem SGB IX bzw. den weiteren vereinbarten Gemeinsamen Empfehlungen; sie sind nicht Gegenstand dieser Gemeinsamen Empfehlung. Mit der ICF als Grundlage für ein bio-psycho-soziales Verständnis bei Begutachtungen gelingt über den bio-medizinischen Ansatz hinaus eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. Unter Berücksichtigung des Begutachtungsauftrages und weiterer trägerspezifischen Anforderungen

¹ Im Weiteren unter sozialmedizinische Gutachten subsumiert.

² Die Gemeinsame Empfehlung nutzt die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) als gemeinsame Sprache für die Beschreibung trägerübergreifender Grundsätze.

folgen daraus eine flexible Anwendung und Übertragung der entwickelten Grundsätze auf die jeweilige Begutachtungssituation.

Zu diesem Zweck vereinbaren

die gesetzlichen Krankenkassen,
die Bundesagentur für Arbeit,
die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im
Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

sowie

die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwer-
behinderte Menschen

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung. Im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sollen Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Die Gemeinsame Empfehlung sieht für die sozialmedizinischen Gutachten eine einheitliche Gliederung vor und beschreibt ein in Abhängigkeit von der Fragestellung grundsätzlich mögliches Anforderungsprofil bzw. die trägerübergreifenden Aspekte eines Gutachtens für die jeweiligen Rehabilitationsträger.

1. Allgemeiner Zweck der Begutachtung für die Rehabilitationsträger

Das Gutachten des/der Sachverständigen³ soll einen bestimmten entscheidungserheblichen sozialmedizinischen Sachverhalt klären und dem Rehabilitationsträger als eine Grundlage für die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe dienen.

2. Erstattung des Gutachtens

2.1 Grundsätzlich lässt sich das Gutachten im Sinne dieser Empfehlung definieren als die Anwendung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen auf einen Einzelfall im Hin-

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nachfolgend nur jeweils die männliche Form verwendet.

blick auf eine aus rechtlichen Gründen notwendige Fragestellung. Wesentliches Merkmal eines Gutachtens ist, dass es eine wissenschaftlich begründbare Schlussfolgerung enthält, so dass es auch überprüft und nachvollzogen werden kann. Soweit der Gutachter eine weitere Sachaufklärung (z.B. in einem anderen Fachgebiet) für erforderlich hält, weist er in seinem Gutachten darauf hin.

- 2.2 Gutachten können auch ohne aktuelle persönliche Untersuchung und Befragung durch den Gutachter, also nach Aktenlage auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen erstellt werden, wenn bereits daraus die für die Schlussfolgerungen notwendigen Angaben und Befunde ermittelt werden können. Die qualitativen Anforderungen an beide Begutachtungsformen sind gleich.
- 2.3 Das Gutachten muss für seinen Bestimmungszweck geeignet sein und die Fragen des Auftraggebers umfassend beantworten. Besondere Qualitätskriterien des Gutachtens sind sachliche Richtigkeit, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Transparenz und die Erstellung durch einen fachlich unabhängigen und unparteilichen Gutachter.
- 2.4 Im Gutachten sind die maßgeblichen Beurteilungsgrundlagen und die nachfolgend dargestellten trägerübergreifenden sozialmedizinischen Aspekte mitsamt den eigenen Erhebungen und Untersuchungsergebnissen abzuhandeln. Das Gutachten soll grundsätzlich nach der unter Punkt 4 vereinbarten Gliederung aufgebaut sein.

3. Allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung

- 3.1 Inhaltlich gehen Gutachten auf die Frage ein, inwieweit und wie die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX angesprochenen Ziele für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im Einzelfall verwirklicht werden können. Hierfür ist das Teilhabepotenzial individuell zu ermitteln, und zwar mit einer Prognose der Entwicklung, die bei einer bestmöglichen Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen der Betroffenen erreichbar wäre. Notwendig sind Leistungen zur Teilhabe, wenn sie zum Erreichen der in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX angesprochenen Ziele geeignet sind und kein anderer, sinnvoller Weg, diese Ziele zu erreichen, gegeben ist.
- 3.2 Der Begutachtung wird der bio-psycho-soziale Ansatz des Konzepts der funktionalen Gesundheit und Behinderung der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrundegelegt. Hierbei werden die Komponenten der Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung in ihrer Wechsel-

wirkung unter besonderer Beachtung des gesamten Lebenshintergrundes des behinderten Menschen beschrieben.⁴ Integrativ sind Krankheiten (im Sinne der ICD) und krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen.

- 3.3** Um einen bestmöglichen Erfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen, insbesondere beruflichen Leben, zu erreichen, umfassen Leistungen zur Teilhabe einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt. Dies erfordert insbesondere die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für den angestrebten Rehabilitationserfolg.
- 3.4** Im Rahmen der gutachterlichen Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe sind u.a. folgende Kriterien sozialmedizinisch zu prüfen:

Rehabilitationsbedürftigkeit im trägerübergreifenden Sinn

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Rehabilitationsfähigkeit im trägerübergreifenden Sinn

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

Rehabilitationsprognose im trägerübergreifenden Sinn

Die Rehabilitationsprognose ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur Teilhabe

⁴ siehe ausführlicher Anhang

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit des festgelegten Teilhabeziels
- durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe
- in einem notwendigen Zeitraum.

3.5 Trägerspezifische Aufgaben zur Erreichung der Teilhabeziele

Leistungen zur Teilhabe zielen vorrangig

- in der **Krankenversicherung** darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- in der **Rentenversicherung** einschließlich der **Alterssicherung der Landwirte** darauf, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern,
- in der **Unfallversicherung** darauf, den durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten oder seine Folgen zu mildern, den Versicherten auch dadurch möglichst auf Dauer beruflich und sozial einzugliedern,
- in der **Arbeitsförderung** darauf, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, um die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern,
- in der **Sozial- und Jugendhilfe** darauf, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die von einer wesentlichen Behinderung bedrohten behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen,
- im **Recht der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden** darauf, anerkannte Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit durch medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflege-

bedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung (Gesundheitsstörung) zu erleichtern oder um den betroffenen Menschen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erbracht, um die Folgen der erlittenen Schädigung angemessen auszugleichen oder zu mildern, insbesondere die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit zu bessern, herzustellen, wiederherzustellen und den betroffenen Menschen hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern und

- im **Schwerbehindertenrecht** darauf, die wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben erbringen zu können, damit schwerbehinderte Menschen auf für sie geeigneten Arbeitsplätzen beschäftigt werden und sich im Erwerbsleben behaupten können. Auch zur Einleitung arbeitsplatzerhaltender präventiver Maßnahmen und für die Wirksamkeit des besonderen Kündigungsschutzes kann es auf sozialmedizinisch zu beurteilende behinderungsbedingte Zusammenhänge ankommen.

4. Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens

In den folgenden Abschnitten 1 bis 5 werden alle wesentlichen Aspekte genannt, die in Bezug auf

- Anamnese,
- Untersuchungsbefunde,
- Diagnosen,
- Epikrise
- und sozialmedizinische Beurteilung.

einschließlich der Darstellung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen, der Kontextfaktoren, der Prognose und der Interventionsmöglichkeiten in einem Gutachten generell erwartet werden. Je nach Fragestellung und Fallgestaltung sind bei der Erstellung des Gutachtens Schwerpunkte zu setzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sozialmedizinisch relevante Aspekte, die im Rahmen des weiteren Verlaufs und der weiteren Befassung unterschiedlicher Rehabilitationsträger von Bedeutung sein können, erfasst bzw. dokumentiert werden müssen.

4.1 Anamnese

Die Anamnese gliedert sich in:

4.1.1 Allgemeine Anamnese

4.1.1.1 Familienanamnese

Nur wesentliche Angaben zur familiären Belastung, z.B. Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Lungenerkrankungen, psychische und bösartige Erkrankungen, sind erforderlich.

4.1.1.2 Eigenanamnese

Aufzuführen sind: Kinderkrankheiten mit Folgeschäden, prä-, peri- und postnatale Auffälligkeiten, Entwicklung bis Schulbeginn, schwere Akuterkrankungen, Operationen, Beginn und Verlauf chronischer Erkrankungen, Krankenhausbehandlungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Unfälle einschließlich Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, allergische Dispositionen und Manifestationen (z.B. Milchschorf, Neurodermitis, Heuschnupfen, Arbeitsstoffe, Tierhaare), Angaben zu Risikofaktoren, Ernährung (z.B. Diät), Gebrauch von Genussmitteln (z.B. Alltagsdrogen) und Suchtstoffen. Ggfs. zeitliche Angaben zum Auftreten und Verlauf.

Organbezogene/vegetative Anamnese:

Herz-/Kreislaufsystem, Lungen und Atemwege, gastrointestinales System, Stütz- und Bewegungsapparat, Haut und -Anhangsgebilde, Nieren und ableitende Harnwege, endokrinologisches System, zentrales und peripheres Nervensystem, Sinnesorgane, Psyche, gynäkologische Anamnese, Vita sexualis, Angaben zu Appetit, Durst, Speisunverträglichkeit, Gewichtsverhalten, Stuhlgang, Miktion/Nykturie, Inkontinenz, Husten, Auswurf, Schlaf.

Jetzige Beschwerden:

Die Schilderung der Beschwerden und der Beeinträchtigungen des Befindens muss aus Sicht des betroffenen Menschen dokumentiert werden. Die Beschwerden sind ihren Symptomkomplexen zugeordnet, also strukturiert, aufzuzeichnen (z.B. Druckgefühl in der Brust bei gleichzeitigem Schmerz in den Kiefergelenken und im linken Arm). Wichtig sind der Beschwerdeverlauf und dessen Folgen für Beruf und Alltagsleben. Der Gutachter fragt gezielt nach typischen Symptomen im Hinblick auf spezielle Erkrankungen und stellt differenzialdiagnostische Erwägungen an, insbesondere bei vermeintlichen Widersprüchen zwischen vorliegenden medizinischen Unterlagen

und Angaben des betroffenen Menschen. Er klärt das subjektive Krankheitsverständnis.

Therapie:

Angaben zur Therapie - möglichst die letzten 12 Monate überspannend mit Beschreibung von:

Medikation: Dauer-/Bedarfsmedikation, seit welcher Zeit, in welcher Dosis, mit welchem Erfolg/Misserfolg, Nebenwirkungen von Therapien? Evtl. Hinweis auf weitere Therapien, deren Art und Häufigkeit/Dosierung, auch geplante Therapien.

Hilfsmittel: u.a. welche vorhanden sind und genutzt werden?

Heilmittel: z.B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie

Weitere Therapien: z.B. Psychotherapie, Soziotherapie

Behandelnde Ärzte/Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten:

Angabe der Behandler , deren Fachrichtung und Anschrift.

4.1.2 Biographische Anamnese (bei psychiatrischen Gutachten)

Diese sollte die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des betroffenen Menschen enthalten, Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung, der sozialen Herkunft, des späteren Lebensweges im Hinblick auf Familie, Partnerschaft und Beruf, so- dass Zusammenhänge von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn, -verlauf und -art zu erkennen sind.

4.1.3 Arbeits- und Sozialanamnese

4.1.3.1 Schulausbildung/Schulabschluss

Neben den erreichten Abschlüssen ist auch anlassbezogen nach Schwierigkeiten in der Schulausbildung zu fragen.

4.1.3.2 Berufs- und Arbeitsanamnese

Berufliche Zielvorstellungen bzw. Ausbildungsabsichten, Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie: Art und Dauer bisheriger Tätigkeiten, berufliche Belastungen, Gründe für evtl. Berufs-/Tätigkeitswechsel, Weiterbildungsmaßnahmen, jetzige Tätigkeit mit Beschreibung des Arbeitsplatzes und der -atmosphäre, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, vorhandene und verwendete Hilfsmittel und Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, Möglichkeiten der Arbeitsplatzanpassung oder -umsetzung, Weg zur Arbeitsstelle. Derzeit arbeitslos, arbeitsunfähig, gekündigt (mit zeitlichem Ablauf und Gründen)?

4.1.3.3 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen

(sofern Daten nicht bereits vorliegen)

- Angabe, warum und ggf. durch wen Aufforderung zur Antragstellung erfolgte.
- Arbeitsunfähigkeitsverläufe (z.B. Dauer, Häufigkeit und Ursachen vor allem der letzten 3 Jahre, erste AU wegen des zum Antrag führenden Leidens?)
- Frühere, laufende und beantragte Sozialleistungen (evtl. auch im Herkunftsland): z.B. medizinische Vorsorge- und/oder Rehabilitationsleistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, ambulant und/oder stationär, Renten (RV, UV o.a.), Kranken- bzw. Verletztengeld, Arbeitslosengeld oder -hilfe, Sozialhilfe, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen durch das Gesundheitsamt und die Träger der sozialen Entschädigung, z.B. Versorgungsverwaltung, Angaben zum GdB (mit Merkzeichen), MdE, Pflegestufe, ggf. Rechtsmittelverfahren.

4.1.3.4 Sozialanamnese und Aktivitäten des täglichen Lebens

Soziales Umfeld, Angaben zu vorhandenen Fähigkeiten, Schwierigkeiten und Kompensationspotenzialen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Beruf, Familie, Kommunikation, Freizeit mit Sport und Hobbys, kulturelle Aktivitäten, Ehrenämter, häusliche Situation, Garten, zu pflegende Angehörige, Finanzsituation, Haustiere). Ggf. Angaben zur jetzigen Versorgungs- und Betreuungssituation, wenn sie für die Feststellung der Leistungsfähigkeit oder eine Rehabilitationsleistung von Bedeutung sind.

4.2 Untersuchungsbefunde

Die klinische Untersuchung muss die Informationen aus der Anamneseerhebung und Auswertung früher erstellter Befunde und sonstiger Unterlagen berücksichtigen. Grundlage der gutachterlichen Beurteilung des Leistungsvermögens ist die präzise Beschreibung der Funktionen bzw. Funktionseinschränkungen, möglichst mit Maßangaben, zumal zwischen morphologischem Befund (z.B. Röntgenbild der Wirbelsäule) und Funktion nicht zwangsläufig eine Korrelation bestehen muss. Die medizinisch-technische Zusatzdiagnostik sollte der Objektivierung von Funktionseinbußen und -fähigkeiten dienen. Sie ist bei Bedarf um eine arbeitsplatz- und/oder alltagsbezogene Funktionsdiagnostik zu ergänzen.

4.2.1 Klinischer Untersuchungsbefund

Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch muss - sofern es die Fragestellung erfordert - vollständig untersucht und das Untersuchungsergebnis in seiner Gesamtheit dokumentiert und übersichtlich gegliedert werden. Auch bei Fachgutachten wird ein orientierender klinischer Gesamtstatus erwartet. Dies ist besonders wichtig, wenn fachgebietsbezogene Symptome/Befunde (z.B. Sehstörungen oder Tinnitus) an einen Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z.B. arterielle Hypertonie) denken lassen. Außerdem sollten klinische Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (z.B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Zyanose oder Ikterus). Messbare Untersuchungsbefunde sollten unter Angabe ihrer Messgröße (z.B. Neutral-0-Methode, vergleichende Umfangsmessungen in cm u.a. m.), ggf. mit Einbeziehung von Messblättern, aufgezeigt werden. Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend.

Normalbefunde sind aufzuführen, insbesondere wenn

- Beschwerden vorgetragen werden
- pathologische Vorbefunde vorliegen
- das Krankheitsbild korrelierende pathologische Befunde erwarten lässt (z.B. Hodgkin-Lymphom, bei dem Milzgröße und Lymphknotenstatus unauffällig sind)
- die Untersuchung im symptomfreien Intervall einer typischerweise in Schüben bzw. klinisch sehr wechselhaft (z.B. mit Exazerbationen) verlaufenden Krankheit (z.B. Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis) erfolgt.

Eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane, der Lese- und Schreibfähigkeit sowie des Sprachvermögens ist erforderlich.

Eine neurologische Untersuchung ist in ihrem Umfang aufzuzeigen (z.B. Angabe, ob die Sensomotorik geprüft wurde und Angabe der Händigkeit).

Beschreibungen des Bewegungsablaufes (z.B. Stand, Gang, Sitzen, Bewegungen beim Aus- und Ankleiden, Aufrichten von der Untersuchungsliege, Nutzung von Hilfsmitteln, Gebrauchszustand der Hilfsmittel) sind weitere wichtige Informationen, auf die hingewiesen werden sollte. Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet müssen psychische Auffälligkeiten beachtet und mitgeteilt werden. Vor allem bei einer Diskrepanz zwischen „Befund“ und „Befindlichkeit“ müssen mögliche Zusammenhänge mit psychischen Störungen in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

Der psychische Befund wird mit Beschreibung u.a. von Stimmungslage und ggf. bestehenden Auffälligkeiten auch hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit dokumentiert.

4.2.2 Medizinisch-technische Untersuchungen

Medizinisch-technische Diagnostik ist gezielt einzusetzen und sollte sich individuell nach dem Krankheitsbild richten.

Sie ist nicht erforderlich, wenn

- aus mitgereichten medizinischen Unterlagen der Umfang der Funktionsdefizite bereits erkennbar ist
- die Beurteilung der Leistungsfähigkeit*) schon durch den klinischen Befund erfolgen kann
- keinerlei Hinweise auf eine organbezogene Leistungseinschränkung bestehen.

Die Diagnostik muss angemessen und zumutbar sein; ein Routineprogramm ist abzulehnen. Die Wirtschaftlichkeit muss beachtet werden. Entsprechend der Röntgenverordnung sind bereits erstellte Röntgenbilder beizuziehen. Röntgenaufnahmen, die in ein anderes Fachgebiet gehören, sind grundsätzlich nicht zu erstellen. Zur funktionsanalytischen Stufendiagnostik in den verschiedenen Fachgebieten wird auf die Fachliteratur verwiesen.

4.3 Diagnosen

Diagnosen sind stets gesondert aufzulisten mit klinisch relevanten Angaben. Sie sind nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung zu ordnen.

Sozialmedizinisch relevante chronische Erkrankungen, die zurzeit erscheinungsfrei sind, sollen mit diesem Zusatz beschrieben werden.. Das Aufzeigen sozialmedizinisch bedeutungsloser Diagnosen ist nicht erforderlich (z.B. Cholezystektomie 1988), ggf. erfolgt ein Hinweis in der Epikrise. Die Formulierung „Zustand nach“ ist wenig aussagekräftig. Sie enthält keine Information über zwischenzeitliche Abheilung oder fortbestehende Funktionseinbußen.

*) Der Terminus „Leistungsfähigkeit“ in diesem Kontext ist nicht identisch mit dem Begriff „Leistungsfähigkeit“ der ICF (s. S. 16).

Die Diagnosen werden nach der jeweils gültigen ICD verschlüsselt.

4.4 Epikrise

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen (ihrer Lokalisation, ihres Schweregrades, ihres Verlaufs). Die Epikrise ist damit die Grundlage für die nachfolgende sozialmedizinische Beurteilung. Dabei sind wichtige Vorbefunde (Krankenhaus- und Reha-Entlassungsberichte, mitgereichte Untersuchungsergebnisse, Gutachten anderer Rehabilitationsträger), differenzialdiagnostische Überlegungen, besondere Probleme bei der Begutachtung oder Widersprüche zwischen Beschwerden und Befunden (einschließlich Beobachtungen außerhalb des Untersuchungsvorganges) sowie Angaben aus strukturierten Selbstauskünften zu berücksichtigen. Bei vorgelegten Befunden ist die aktuelle Verwertbarkeit zu prüfen.

4.5 Sozialmedizinische Beurteilung

Unter Berücksichtigung der ICF wird die sozialmedizinische Beurteilung in die nachfolgenden Abschnitte gegliedert:

Die Gesundheitsprobleme sind gekennzeichnet durch den aktuellen Status von Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen. Strukturen und Funktionen sind zu überprüfen und zu beschreiben in Bezug auf: mentale Funktionen⁵, Sinnesfunktionen, Schmerzempfindungen, Stimm- und Sprechfunktionen, kardiopulmonale Funktionen, Funktionen des hämatologischen und immunologischen Systems, Funktionen des Verdauungssystems, des Stoffwechsels und des endokrinen Systems, Funktionen des Urogenitalsystems, des Stütz- und Bewegungsapparats sowie der Haut und Hautanhangsgebilde. Aktivitäten und Teilhabe sind in folgenden Bereichen zu überprüfen und zu beschreiben: Lernen und Wissensanwendung, Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation und Mobilität einschließlich Tragen, Bewegen und Handhaben von Gegenständen, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Arbeit, Beschäftigung und Bildung, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Hinsichtlich Kontextfaktoren sind insbesondere sich auf die Teilhabe günstig oder ungünstig auswirkende Einflüsse folgender Bereiche zu überprüfen und zu beschreiben: Produkte, Ausrüstungen und Technologien, natürliche Umwelt einschließlich klimatischer Faktoren, vom Menschen beeinflusste Umweltfaktoren wie beispielsweise Lärm

⁵ Gemäß ICF umfassen mentale auch die psychischen Funktionen.

und Luftqualität, psychosozialer Bereich der Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen einzelner Personen oder Personengruppen einschließlich gesellschaftlicher Einstellungen, Auswirkungen und Ansatzmöglichkeiten vorhandener Dienste und Systeme einschließlich gesetzlicher Grundlagen, Regeln und Konventionen (insbesondere auch Möglichkeiten des Gesundheitswesens und unterstützende Einrichtungen). Auch wenn für personbezogene Faktoren in der ICF keine Kodierungsmöglichkeiten vorgesehen sind, müssen diese im Einzelfall davon unabhängig erfasst werden.

In der Prognosebeurteilung wird der weitere Verlauf der geschilderten Gesundheitsprobleme unter Berücksichtigung der kurativ-medizinischen Versorgung eingeschätzt. Dabei sind die Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Als Interventionsmöglichkeiten werden medizinische, berufliche, gesellschaftliche, private und speziell auf die Kontextfaktoren abzielende Interventionen aufgeführt, die geeignet erscheinen, die Prognose zu verbessern. Insbesondere sind hier Möglichkeiten der Prävention, der Kuration, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der unterschiedlichen Leistungsgruppen zur Teilhabe behinderter Menschen, der Pflege und den Möglichkeiten des Engagements in Selbsthilfegruppen zu berücksichtigen.

Zusammenfassend bilden die Epikrise und die sozialmedizinische Beurteilung auch die Grundlage für die Beantwortung der trägerspezifischen Fragestellungen (z.B. zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose). Der Sachverständige kann den betroffenen Menschen über die Ergebnisse seiner Untersuchung informieren. Der Auftraggeber soll informiert werden, welche Begutachtungsergebnisse bereits an den betroffenen Menschen mitgeteilt wurden. Mitteilungen dürfen keine Leistungen des zuständigen Rehabilitationsträgers präjudizieren.

5. Selbstauskunft

Ziele von strukturierten Selbstauskünften sind z. B. eine verstärkte Orientierung am behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, eine Verbesserung des Informationsflusses, eine Erleichterung der Begutachtung oder in Verbindung mit sozialmedizinischen Unterlagen eine Vermeidung einer Begutachtung mit persönlicher Untersuchung, eine Optimierung der Auswahl der Leistung, eine Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit einschließlich der Kontextfaktoren und eine Unterstützung des Verfahrens. Darüber hinaus die-

nen sie dem betroffenen Menschen zur besseren Vorbereitung auf und Einbindung in die Begutachtung.

Der Einsatz von Selbstauskunftsbögen wird gegenwärtig in verschiedenen Arbeitsgruppen trägerspezifisch und trägerübergreifend diskutiert. Die Erarbeitung eines einheitlichen Selbstauskunftsbogens für alle Rehabilitationsträger wird angestrebt.

6. Inkrafttreten

6.1 Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

6.2 Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

Der bio-psycho-soziale Ansatz in der Begutachtung

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit der ICF⁶

Für die sozialmedizinische Beurteilung steht mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“⁷ (ICF) ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes Klassifikationssystem zur Verfügung, mit dem die „funktionale Gesundheit“ und deren Beeinträchtigungen abgebildet werden kann. Anhand der ICF, die eine Weiterentwicklung der ICIDH⁸ von 1980 darstellt, können Folgeerscheinungen von Krankheiten klassifiziert werden. Mit der Einbeziehung von umwelt- und personbezogenen Faktoren kann nunmehr der gesamte Lebenshintergrund einer Person berücksichtigt werden. Im SGB IX wurden bereits wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der in Deutschland anerkannten Besonderheiten aufgenommen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zuordnung einiger sozialmedizinisch geläufiger Begriffe zu den Kategorien der ICF noch Gegenstand der Fachdiskussion ist.

Die ICF ist eine Klassifikation wichtiger Aspekte der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn - vor ihrem gesamten Lebenshintergrund

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen,
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

⁶ - Schuntermann, M. F.: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: DRV (Deutsche Rentenversicherung), Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main, Heft 1-2/2003, S. 52 - 59,

- Schuntermann, M. F.: Ausbildungsmaterialien zur ICF. Internetausgabe. www.vdr.de, Rubrik Rehabilitation, ICF (ICIDH-2)

⁷ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

⁸ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)

Alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren auf der ICDH bzw. der ICF. Danach hat die Rehabilitation allgemein die Sicherung, Wiederherstellung oder Verbesserung der funktionalen Gesundheit bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe an den verschiedenen Bereichen des Lebens in der Gesellschaft zum Gegenstand. Rehabilitation und Teilhabe umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person - beschrieben in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe und ihren Kontextfaktoren - berücksichtigt, um den angestrebten Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu erreichen.

Ein wichtiges Ziel der ICF ist, gemeinsame Begriffe für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit und deren Beeinträchtigung zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern.

Die ICF kann in Bezug auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowohl defizit- als auch ressourcenorientiert verwendet werden. Dies ist für die sozialmedizinische Begutachtung wichtig.

Mit Hilfe der ICF können unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren

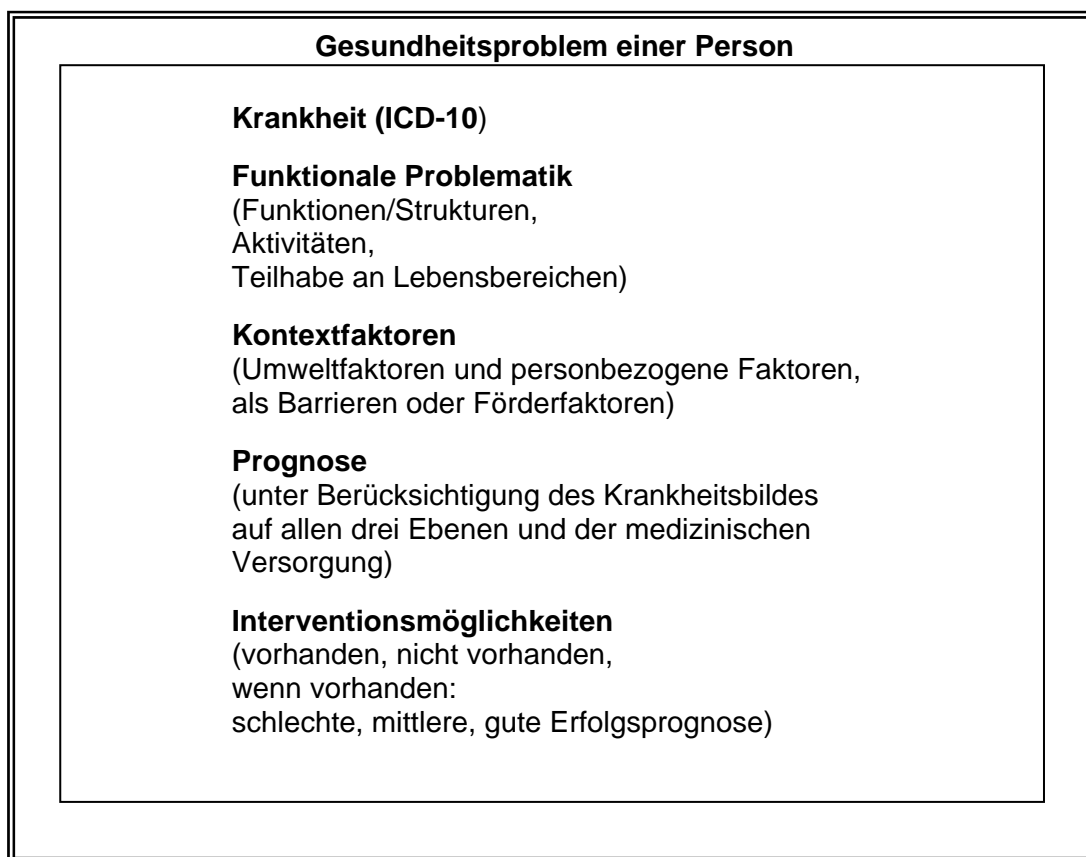
- die Körperfunktionen und Körperstrukturen,
- die Aktivitäten unter den Aspekten der Leistung (Art und Umfang der Durchführung einer Aktivität unter den gegenwärtigen Umweltbedingungen der betrachteten Person) oder der Leistungsfähigkeit (Art und Umfang der Durchführung einer Aktivität unter Test-, Standard- oder Optimalbedingungen der betrachteten Person) und
- die Teilhabe

und deren Beeinträchtigungen beschrieben werden.

Die Teilhabe an Lebensbereichen kann durch Umweltfaktoren (z.B. Einstellungen, Werte und Überzeugungen von Menschen, politisches und Rechtssystem eines Landes, Art des Gesundheits- und Bildungswesens und der zur Verfügung stehenden Güter und Technologien) beeinträchtigt (Barrieren, z.B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze) oder unterstützt (Förderfaktoren, z.B. soziale Unterstützung) werden. Neben den Umweltfaktoren sind personbezogene Faktoren die zweite Komponente der Kontextfaktoren. Sie sind zwar wegen der großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF nicht klassifiziert, müssen jedoch im Gutachten berücksichtigt werden.

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der Regel durch eine - oft chronische - Krankheit hervorgerufen. Eine funktionale Problematik ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Krankheit. Die betreffende Person muss nicht im engeren Sinn krank sein, kann aber andererseits funktional erheblich schwerwiegender beeinträchtigt sein als es die zugrunde liegende Krankheit erwarten lässt. In Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation besteht dann Interventionsbedarf. Als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (= „Behinderung“) wird nach der ICF die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten oder Teilhabe bezeichnet. Dieser Behinderungsbegriff ist erheblich weiter gefasst als der des SGB IX.

Das in der folgenden Abbildung skizzierte Modell bietet eine Grundlage für die sozialmedizinische Begutachtung in den Teilbereichen des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherung. Hierauf bauen die trägerspezifischen Besonderheiten in der Begutachtung auf.



Zur **funktionalen Problematik**: Hier werden die funktionalen Befunde und Symptome auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe sowie deren Beeinträchtigungen angegeben.

Zu den **Kontextfaktoren**: Die Kontextfaktoren haben praktisch immer einen Einfluss auf die funktionale Gesundheit einer Person. In der Begutachtung werden sie in Form von Faktoren, die sich negativ bzw. positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken, berücksichtigt. Hierbei steht die Teilhabe im Vordergrund.

Zur **Prognose**: Prognostische Aussagen sind erforderlich zu einer fachlich begründeten Einschätzung über den Verlauf der funktionalen Problematik vor dem Hintergrund der Dynamik des Gesundheitsproblems. Hierbei sind die Kontextfaktoren, die Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem und funktionaler Problematik und mögliche Sekundärprozesse (z.B. Entstehung neuer Krankheiten infolge der funktionalen Problematik) zu berücksichtigen. In der Reha-Begutachtung ist es insbesondere erforderlich, sich den Verlauf zu vergegenwärtigen, der eintreten würde, wenn die weitere medizinische Versorgung auf kurative Maßnahmen beschränkt bliebe. Hieraus leitet sich ein Interventionsbedarf ab bzw. die Notwendigkeit zur Überprüfung der Interventionsmöglichkeiten.

Zu **Interventionsmöglichkeiten**: Unter Interventionsmöglichkeiten werden im Grundsatz Interventionen aller Art (medizinische, berufliche, gesellschaftliche, private, kontextbezogene) verstanden. Dabei ist vorrangig die Frage zu klären, ob es für die jeweilige funktionale Problematik vor dem Hintergrund der Prognose überhaupt Interventionsmöglichkeiten gibt oder nicht. Wenn es sie gibt, dann kann eventuell eine allgemeine Erfolgsprognose für die Intervention angegeben werden.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht demnach, wenn bei einer gesundheitlich bedingten drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.