

# Medizinische Rehabilitation: Schritt zum Erfolg – Die Begutachtung

## Probleme bei der Umsetzung in den unterschiedlichen sozialmedizinischen Diensten der Träger

*Dr. med. Sabine Grotkamp, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Leiterin der sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MDK-Gemeinschaft, Hannover*

### Einleitung:

Mit Inkrafttreten des aktualisierten SGB IX, Teil 1, zum 1. Januar 2018 hat der Gesetzgeber für alle Träger medizinischer Rehabilitationsleistungen gleiche Voraussetzungen für eine umfassende Bedarfsermittlung zu Teilhabeleistungen geschaffen. Die Vorschriften der Kapitel 2-4 sind seither für alle Rehabilitationsträger abweichungsfest (§ 7 Abs. 2 SGB IX). Außerdem hat der Gesetzgeber die Grundlage für die frühzeitige Bedarfserkennung, umfassende Bedarfsermittlung und -feststellung erweitert. Diese soll sich nun nicht mehr nur an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)<sup>1</sup> orientieren, sondern an dem ganzheitlichen, ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Wechselwirkungsmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgenommen werden. Diesem Ansatz folgt auch die Anpassung des Behinderungsbegriffes an Art. 1 der UN-Behindertenrechtskonvention. In § 1 Abs. 1 SGB IX heißt es nun: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“.

Man sollte annehmen, dass die Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation auf dieser Grundlage bei allen Trägern mit gleicher Qualität gestellt und gemäß den trägerübergreifend konsentierten Grundsätzen in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR<sup>2</sup> auch vergleichbar begutachtet werden kann.

### Warum gibt es Umsetzungsprobleme, obwohl der Gesetzgeber mit der Überarbeitung des SGB IX – Teil 1 – Konkretisierungen vorgenommen und Schlupflöcher geschlossen hat?

Dieser Frage geht die Autorin aus der Sicht einer Sozialmedizinerin nach, die sowohl die Probleme an der Begutachtungsbasis kennt, aber auch das Ringen um Kompromisse bei der trägerübergreifenden Verständigung auf gemeinsame untergesetzliche Empfehlungen für die Begutachtung, beispielsweise auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

### Problem Nr. 1: Die Begriffsdefinitionen

Fast ein Jahrzehnt wurden Ärzte und Sozialmediziner dazu angehalten, individuelle Bedarfe für Teilhabeleistungen unter

Verwendung der ICF zu ermitteln. Die WHO hat 2001 mit der ICF eine Klassifikation für Krankheitsauswirkungen auf Ebene der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe sowie für die Umweltfaktoren vorgelegt und damit eine berufsgruppenübergreifende Verständigung im Sinne einer gemeinsamen Sprache ermöglicht. Erst allmählich verfestigte sich das Bild, dass diese Klassifikation allein für eine umfassende Bedarfsermittlung nicht ausreicht. Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung können nur sachgerecht eingeordnet werden, wenn das auslösende Moment, also die Krankheit oder Behinderung bekannt ist. Zur Benennung des Gesundheitsproblems wird deshalb die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD) herangezogen. Weiterhin sind Einflüsse aus dem Lebenshintergrund zu berücksichtigen, wenn diese die Funktionsfähigkeit einer Person positiv oder negativ beeinflussen können. Nur so können unter dem Primat von Wirtschaftlichkeit und sozialer Gerechtigkeit die Leistungen identifiziert werden, die mit Blick auf größtmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Die ICF stellt eine Systematik für Einflussfaktoren aus der Umwelt zur Verfügung, nicht aber für in der Person liegende Einflüsse. Auch diese hat der Gesetzgeber jedoch gemeint, wenn er in § 1 SGB IX von „Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft“ spricht. Um dem Anspruch des Gesetzgebers umfassend gerecht zu werden, können Bedarfsermittler auf die „Systematik zu den personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modells der WHO“ zurückgreifen, vorgelegt und 2020 aktualisiert von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).<sup>3</sup>

- 1 DIMDI: ICF <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>.
- 2 Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR vom 01.12.2016 [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/\\_publikationen/reha\\_vereinbarungen/pdfs/GE\\_Begutachtung\\_.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GE_Begutachtung_.pdf).
- 3 Grotkamp S et al. personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen ... Gesundheitswesen 2020; 82: 107–116 <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1011-3161.pdf>.

*Es bedarf der Konkretisierung, dass eine umfassende Bedarfsermittlung für Teilhabeleistungen nicht allein orientiert an der ICF zu erfolgen hat, sondern auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO (Abb. 1).*

Abb 1: Das bio-psycho-soziale Modell der WHO



Im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung soll ein besonderes Augenmerk auf den Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund einer Person liegen. Hierzu muss unterschieden werden zwischen den Begriffen Kontext, Kontextfaktoren und Wirkung von Kontextfaktoren.

*Kontext* bezeichnet den gesamten Lebenshintergrund einer Person, also alle offensichtlichen Gegebenheiten der Umwelt, in der diese Person lebt und alle Merkmale, die ihr zu eigen sind. Items, die die Umwelt beschreiben, finden sich in der ICF; solche, die im Individuum selbst liegen, sind der DGSM-Systematik zu entnehmen. Doch selbst für eine umfassende Bedarfsermittlung müssen und dürfen nicht alle Items der beiden Systematiken checklistenartig abgearbeitet werden, ebenso wenig wie die Beschreibung von Krankheitsauswirkungen auf Körperebene alle Items der Komponente Körperfunktionen und -strukturen beinhaltet. Es wird auch nicht die Funktion des Ellenbogengelenkes erfasst, wenn es um Interventionen zum Ausgleich einer beeinträchtigten Sehfähigkeit geht. Es werden nur die Items aus dem Lebenshintergrund einer Person einbezogen, die für die aktuelle Fragestellung relevant sind, also einen Einfluss im Sinne eines Förderfaktors oder einer Barriere auf die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems haben können. Nicht der gesamte Kontext rückt im Rahmen der Bedarfsermittlung in den Mittelpunkt, sondern nur einige wenige *Kontextfaktoren*. Die Kenntnis allein, dass bestimmte Umwelt- und personbezogenen Faktoren einen Einfluss haben, bedeutet zwar, dass sie für die Klärung eines aktuellen Sachverhaltes von Relevanz sind, aber nicht, ob sich dieser Einfluss positiv oder negativ auf das Gesundheitsproblem und letztlich auf die Teilhabe einer von Behinderung bedrohten oder bereits betroffenen Person auswirkt. Für die Ermittlung und Feststellung von Teilhabebedarfen ist deshalb die *Wirkung von Kontextfaktoren* ausschlaggebend. Nicht ohne Grund spricht der Gesetzgeber von Wechselwirkung in § 1 SGB IX.

*Notwendige Teilhabeleistungen können nur dann individuell und passgenau ermittelt und festgestellt werden, wenn die Wirkung der für den konkreten Sachverhalt relevanten Kontextfaktoren bekannt ist.*

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden insbesondere von Vertragsärzten und -psychotherapeuten, Krankenhaus- oder Betriebsärzten verordnet, eingeleitet oder angeregt. Allen gemeinsam ist dabei die Vorstellung von einer komplexen, interdisziplinären und mehrdimensionalen, zeitlich begrenzten Leistung, die krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Teilhabe einer Person abwenden, mildern oder deren Verschlimmerung verhüten helfen soll. Dazu können die in § 42 SGB IX aufgeführten Einzelleistungen in unterschiedlicher Kombination zur Anwendung kommen. Für sich genommen erfüllen diese im Verständnis von Medizinern nicht den Anspruch an eine komplexe Leistung. Trotzdem kann man unterstellen, dass Ärzte die überwiegende Anzahl an Interventionen mit einer auch rehabilitativen Zielsetzung einleiten. Sie verbessern bzw. stellen die Teilhabe ihrer Patienten wieder her, wenn sie Blutdruckkrisen und damit die Gefahr eines Schlaganfalls mit den möglicherweise fatalen Auswirkungen auf den Alltag abfangen oder die chronischen Rückenschmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen mit Medikamenten, Heil- und ggf. auch Hilfsmitteln erträglich machen. Entscheidend ist im Moment des Zusammentreffens zwischen Patient und Mediziner nicht die Frage, ob eine einzelne Maßnahme mit einer kurativen oder rehabilitativen Zielsetzung eingeleitet wird, sondern mit welchen Maßnahmen dem Betroffenen am effizientesten geholfen werden kann. Seitens der Juristen ist diese Grenzziehung jedoch von größerer Bedeutung und zeigt, dass beide Seiten versuchen müssen, die jeweilige Sichtweise entsprechend der Schwerpunktsetzung zu verstehen.

*In Deutschland verstehen Mediziner ganz überwiegend unter der Begrifflichkeit „Medizinische Rehabilitation“ eine komplexe, interdisziplinäre und mehrdimensionale, zeitlich begrenzte Leistung unter ärztlicher Verantwortung.*

## Problem Nr. 2: Die trägerspezifische Umsetzung gesetzlicher Vorgaben im Rahmen der Instrumente

Der Gesetzgeber hat den Rehabilitationsträgern in § 13 SGB IX größtmöglichen Gestaltungsspielraum eingeräumt, indem er weder Arbeitsprozesse noch Instrumente zur Ermittlung individueller Rehabilitationsbedarfe vorschreibt. Er hat lediglich festgelegt, welche Informationen diese Instrumente liefern sollen. Um eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und eine Begutachtung gemäß den auf Ebene der BAR konsentierten Vorgaben durchführen zu können, müssten Informationen dazu vorliegen,

- ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Allerdings kommt die vom BMAS in Auftrag gegebene Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung

nach § 13 Abs. 3 SGB IX<sup>4</sup> Ende 2019 zu dem Ergebnis, dass die vom Gesetzgeber geforderten Informationen mit den von den Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumenten für die Bedarfsermittlung zwischen den Trägern variieren und mitnichten eine vergleichbare Ausgangslage für die Ermittlung eines individuellen Rehabilitationsbedarfs darstellen. Grundlage der Bedarfsermittlung ist überwiegend die ICD-Diagnose, die nur teilweise und dann auch nur in sehr knapper und abstrakter Form um Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, also auf Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe ergänzt wird. Auf die Funktionsfähigkeit wirkende Einflussfaktoren im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren werden in den seltensten Fällen, so die Recherche der Autorin, mit den eingesetzten Instrumenten angemessen erfasst. Verglichen wurden Verordnungen, ärztliche Befundberichte und Stellungnahmen im Reha-Antragsverfahren der Renten-, Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung, Versorgungsverwaltung und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Hinzu kommt, dass für die Dokumentation relevanter Umwelt- und insbesondere personbezogener Faktoren, wenn überhaupt, häufig nur ein Freitextfeld zur Verfügung steht. Leider fehlt vielfach die Vorstellung, was hier einzutragen wäre, weil selbst der Blick in die ICF an dieser Stelle aus den o.g. Gründen nicht weiterhilft.

Arbeitsmittel oder Instrumente sind auch Stellungnahmen und Gutachten. Würden sich diese alle an den Gemeinsamen Empfehlungen „Begutachtung“ der BAR orientieren, gäbe es sicherlich wenig Anlass zur Kritik. Die dort konsentierten Vorgaben, welche Informationen im Rahmen einer Begutachtung relevant sein können und nachvollziehbar berücksichtigt werden müssen, ermöglichen eine umfassende individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und –feststellung. Allerdings muss man konstatieren, dass sich die Ausführungen an Ärzte mit sozialmedizinischen Kenntnissen richten: „Das Gutachten wird durch ärztliche Sachverständige erstellt und soll die relevanten sozialmedizinischen Sachverhalte transparent und der Fragestellung angemessen darstellen.“ Selbst wenn man unterstellt, dass sich die Ausführungen auch an Fachärzte ohne Zusatzweiterbildung Sozialmedizin richten, wo findet sich eine vergleichbare Handreichung für nicht-ärztliche Bedarfsermittler?

### **Problem Nr. 3: Die Qualifikation von Bedarfsermittlern und der unterschiedliche Informationsgehalt von Instrumenten**

Wer die Bedarfsermittlung im Auftrag der Rehabilitationsträger durchführen soll, ist gesetzlich nicht festgelegt und wird von den Rehabilitationsträgern geregelt. Leider bleibt deshalb offen, über welche Qualifikation der jeweilige Bedarfsermittler für die Beantwortung der Fragen in § 13 Abs. 2 SGB IX verfügen muss. Wünschenswert wäre ein Konsens, dass zur Beantwortung zumindest der letzten Frage, nämlich nach der Prognose einer Erkrankung zur Festlegung zielführender Maßnahmen, ärztliches Wissen unverzichtbar ist. Wird jedoch ärztliche Kompetenz adäquat einbezogen?

Arbeitsmittel und Instrumente werden trägerspezifisch eingesetzt, so auch die Delegation der Bedarfsermittlung an Berufsgruppen unterschiedlicher Qualifikationen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Teilhabebedarfe und damit auch das Erfordernis einer medizinischen Reha in unterschiedlichem Maße erkannt werden. Auch die Unterschiede im Informationsgehalt und damit der Grundlage für die Ermittlung von Teilhabebedarfen zwischen Formulargutachten, kurzen Stellungnahmen, Aktenlagegutachten bis hin zu Gutachten mit persönlicher Befragung/Untersuchung sind offensichtlich. Steht beides nicht in deutlichem Gegensatz zur Forderung des Gesetzgebers „wie aus einer Hand“?

### **Schlussbetrachtung**

Die Absicht des Gesetzgebers, den von Behinderung bedrohten oder bereits betroffenen Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung zu notwendigen Teilhabeleistungen zu stellen, wurde 2018 noch einmal bekräftigt. Die Umsetzung ist jedoch ein Problem.

„Wie aus einer Hand“ klingt vor dem Hintergrund eines gegliederten Systems mit unterschiedlicher Vorgehensweise der Träger, föderalen Strukturen, der sehr unterschiedlichen Qualifikation von Bedarfsermittlern sowohl innerhalb einer Berufsgruppe als auch berufsgruppenübergreifend und nicht zuletzt den Widrigkeiten beim Austausch wichtiger Informationen im Rahmen der Bedarfsermittlung seitens der EU-DSGVO schwer umsetzbar.

Wir werden absehbar keinen einheitlichen sozialmedizinischen Dienst haben, der über alle Träger hinweg individuelle Bedarfe an Teilhabeleistungen ermittelt und dabei auf qualitativ gleichwertige Informationen zugreifen kann. Trotzdem können wir alle dazu beitragen, die aufgeführten Umsetzungsprobleme nicht noch durch unterschiedliche Begriffsdefinitionen zu verstärken. Die berufsgruppenübergreifende, aufeinander zugehende Verständigung über spezifische Erfordernisse und ein gleiches Wording können dabei helfen.

4 Forschungsbericht 540 des BMAS – Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung, Dez. 2019, ISSN 0174-4992. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb540-studie-zur-implementierung-von-instrumenten-der-bedarfsermittlung.pdf;jsessionid=AE00B031B68019DD1B3B9F49081EEC7E?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb540-studie-zur-implementierung-von-instrumenten-der-bedarfsermittlung.pdf;jsessionid=AE00B031B68019DD1B3B9F49081EEC7E?__blob=publicationFile&v=2).