

Begutachtung

Gemeinsame Empfehlung

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main | Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt/Main, Dezember 2016

ISBN 978-3-943714-25-8

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Gemeinsame Empfehlung

nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12
Abs. 1 Nr. 4 SGB IX* für die
Durchführung von Begutach-
tungen möglichst nach einheit-
lichen Grundsätzen

*Rechtsstand 1.12.2016

Vorwort

Mit der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ werden trägerübergreifende Grundsätze für sozialmedizinische Begutachtungen vereinbart. Sie dienen als Grundlage für die Bewilligung sämtlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Die Gemeinsame Empfehlung bezieht sich dabei auf alle Leistungsgruppen und Leistungsträger. Sie fördert in der Praxis weiterhin einen hohen Qualitätsstandard bei der Begutachtung im Bereich der Rehabilitation.

Die in der Gemeinsamen Empfehlung vereinbarten Grundsätze dienen zwar schwerpunktmäßig der Qualitätssicherung von sozialmedizinischen Gutachten und ihre Bindungswirkung besteht primär für die sozialmedizinische Begutachtung. Diese Schwerpunktsetzung lässt aber eine Übertragung der in der Gemeinsamen Empfehlung verankerten Grundsätze auf z. B. sozialpädagogische Begutachtungen zu. Dem einzelnen Träger ist es unbenommen, in der Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung eine Ausweitung zu übernehmen.

Eine wichtige Basis ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO. Damit wird eine umfassende Betrachtung der Folgen von Gesundheitsproblemen und insbesondere deren Auswirkungen im Lebens- und Arbeitskontext unterstützt. So wird eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen mit Behinderung ermöglicht.

Mit der Überarbeitung der am 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlung wurden gesetzliche und fachliche Entwicklungen aufgegriffen und die Gemeinsame Empfehlung dem aktuellen Stand der Entwicklungen angepasst.

Die BAR-Geschäftsstelle dankt allen, die an der Überarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlung beteiligt waren und durch ihre Expertise sowie einen ergebnisorientierten, partnerschaftlichen Dialog zu dem vorliegenden Ergebnis beigetragen haben.



Dr. Helga Seel, Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Präambel	6
§ 1 Allgemeiner Zweck der Begutachtung für die Rehabilitationsträger	8
§ 2 Erstattung des Gutachtens	8
§ 3 Allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung	9
§ 4 Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens	10
§ 5 Beteiligung der Betroffenen	14
§ 6 Berichterstattung	15
§ 7 Inkrafttreten	15
Verzeichnis der Mitwirkenden	16
Anhang	18
Der bio-psycho-soziale Ansatz in der Begutachtung	18
Struktur der ICF	19
Die Komponenten der ICF	20
Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten	24
Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung in der beruflichen Rehabilitation	24
Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell	25

Begutachtung | Gemeinsame Empfehlung

Präambel

Um einen bedarfsgerechten Zugang zu Leistungen zur Teilhabe zu gewährleisten, ist eine Beurteilung der bestehenden Teilhabebeeinträchtigungen von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung erforderlich. Nachfolgend wird im Sinne des SGB IX die Formulierung „behinderte Menschen“ verwendet. Damit sind auch „von Behinderung bedrohte Menschen“ gemeint. Sofern dem Rehabilitationsträger die zur Verfügung stehenden Informationen nicht ausreichen und zur Feststellung des Reha-Bedarfs ein Gutachten erforderlich ist, ist gemäß § 14 SGB IX eine „umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung“ notwendig, um den betroffenen Menschen passende Leistungen zur Teilhabe anbieten zu können. Nachfolgend wird ausschließlich auf die sozialmedizinische Begutachtung auf dieser Grundlage Bezug genommen. Das ärztliche Gutachten enthält Aussagen zum Gesundheitsproblem und zu krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen auf alltagsrelevante Aktivitäten/Teilhabe sowie zur Prognose vor dem jeweiligen individuellen Lebenshintergrund und den Zielen der betroffenen Person.

Bei der Begutachtung sind die Untersuchungen in der Art und Weise durchzuführen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können. Der Umfang der Untersuchung richtet sich nach der Aufgabe, die der Leistungsträger, der die Untersuchung veranlasst hat, zu erfüllen hat (§ 96 Abs. 1 SGB X). Zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen haben die Leistungsträger durch Vereinbarungen sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen (§ 96 Abs. 2 SGB X). Die Bildung einer Zentraldatei mehrerer Leistungsträger für Daten der ärztlich untersuchten Leistungsempfänger ist nicht zulässig (§ 96 Abs. 3 SGB X).

Mit dieser Gemeinsamen Empfehlung werden trägerübergreifende Grundsätze für die Begutachtung vereinbart. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und damit verbundenen Verfahren ergeben sich insbesondere aus dem SGB IX und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), den jeweils maßgeblichen Leistungsgesetzen und den auf Ebene der BAR vereinbarten Gemeinsamen Empfehlungen.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und das ihr zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der WHO unterstützen eine umfassende Betrachtung von Gesundheitsproblemen und deren Auswirkungen im realen Lebens- und Arbeitskontext. Aus diesem Grund wird die ICF auch für die Gliederung des Gutachtens als konzeptionelles Bezugssystem herangezogen. Dies unterstützt die Möglichkeit, wechselseitige Beziehungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihrem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) systematisch zu beschreiben.

Die ICF, die 2001 durch die Generalversammlung der WHO verabschiedet wurde, stellt eine Ergänzung zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) dar. Das bio-medizinische Krankheitsmodell wird durch das bio-psycho-soziale Modell der WHO ergänzt. Damit lassen sich psycho-soziale Aspekte strukturiert in die Begutachtung einbinden bzw. bei der Indikation, Planung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gezielt nutzen.

Unter Berücksichtigung des Begutachtungsauftrages und weiterer trägerspezifischer Anforderungen folgt daraus die Notwendigkeit der 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 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden¹ sowie
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

Im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sollen Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Die Gemeinsame Empfehlung sieht für das sozialmedizinische 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 Die Bundesländer Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern stimmen als Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge nicht zu und erteilen darüber hinaus ebenso wie Berlin kein Benehmen zur Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung.

§ 1, 2 Begutachtung

§ 1 Allgemeiner Zweck der Begutachtung für die Rehabilitationsträger

Das Gutachten wird durch ärztliche Sachverständige erstellt und soll die relevanten sozialmedizinischen Sachverhalte transparent und der Fragestellung angemessen darstellen. Es bildet so eine Grundlage für die Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe.

§ 2 Erstattung des Gutachtens

(1) Grundsätzlich lässt sich die Erstellung eines Gutachtens im Sinne dieser Empfehlung als die Anwendung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen in den auf einen Einzelfall bezogenen sozialrechtlichen Kontext definieren. Dabei ist das Gutachten so abzufassen, dass es wissenschaftlich begründbare Schlussfolgerungen enthält und somit überprüft und nachvollzogen werden kann. Sofern eine weitere Sachaufklärung (z. B. in einem anderen Fachgebiet) für erforderlich erachtet wird, ist dies im Gutachten zu dokumentieren.

(2) Das Gutachten wird auf der Grundlage vorhandener Unterlagen/Informationen sowohl im Rahmen einer persönlichen Befragung und/oder Untersuchung als auch nach Aktenlage erstellt. Letzteres ist nur zulässig, wenn die für die Schlussfolgerungen notwendigen Angaben und Befunde vorliegen oder ermittelt werden können. Unabhängig von der gewählten Vorgehensweise muss das Gutachten den gleichen Qualitätsanforderungen entsprechen. Die Sachverständigen haben „mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen“ (§ 25 (Muster-) Berufsordnung für Ärzte).

(3) Das Gutachten muss für seinen Bestimmungszweck geeignet sein und die zulässigen Fragen des Auftraggebers angemessen beantworten. Qualitätskriterien des Gutachtens sind

- formale Gestaltung,
- Plausibilität,
- Verständlichkeit,
- Nachvollziehbarkeit,
- Transparenz,
- Vollständigkeit,
- korrekte Anwendung medizinisch wissenschaftlicher Grundlagen und
- die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit.

Der ärztliche Gutachter hat die Funktion eines fachlich weisungsfreien, unparteiischen und objektiven Sachverständigen zu erfüllen.

(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 § 4 vereinbarten Gliederung aufgebaut sein.

§ 3 Begutachtung

(5) Bei der Begutachtung ist Barrierefreiheit nach § 14 Abs. 5 SGB IX zu gewährleisten. Eine Begleitperson kann auf Wunsch der zu begutachtenden Person während einer persönlichen Befragung/Untersuchung anwesend sein, sofern die Begutachtung dadurch nicht beeinträchtigt wird.

(6) Leistungen zur Teilhabe sind als Prozess zu verstehen. Dieser beginnt idealtypisch mit dem Erkennen eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und endet in der Regel mit Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Teilhabeleistungen und Abschluss der Leistungen. Der Prozess besteht aus den fünf Phasen (vgl. Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, BAR 2014):

- Bedarfserkennung
- Bedarfsfeststellung
- Teilhabeplanung
- Durchführung von Leistungen zur Teilhabe
- Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Die Begutachtung wird in § 17 der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ der Phase der Bedarfsfeststellung zugeordnet, kann aber auch in anderen Phasen relevant sein.

§ 3 Allgemeine inhaltliche Grundsätze für die Gutachtenerstellung

(1) Durch das Gutachten werden die Notwendigkeit und die Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe geklärt und auch die Frage beantwortet, inwieweit und wie die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX aufgeführten Ziele für behinderte Menschen verwirklicht werden können. In diesem Zusammenhang sind die bestehenden Barrieren und Förderfaktoren individuell zu ermitteln. Die Prognose berücksichtigt dabei die bestmögliche Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen.

(2) Der Begutachtung liegt das bio-psycho-soziale Modell der WHO zugrunde. Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind in diesem Ansatz als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren) gekennzeichnet (siehe Anhang). Dabei sind auch krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, die sich im bio-psycho-sozialen Modell nicht umfassend abbilden lassen.

(3) Um den bestmöglichen Erfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen, werden die Leistungen zur Teilhabe auf der Grundlage eines ganzheitlichen Ansatzes dargestellt. Dieser berücksichtigt über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person – beschrieben insbesondere in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren. Dies erfordert auch die umfassende Berücksichtigung der Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt.

§ 4 Begutachtung

(4) Im Rahmen der gutachterlichen Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe sind u.a. folgende Kriterien sozialmedizinisch zu prüfen:

■ Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit bezüglich medizinischer Rehabilitation liegt vor, wenn krankheits- oder behinderungsbedingt eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder bereits besteht, so dass über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz von Leistungen zur Teilhabe erforderlich ist, um diese Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Auswirkungen des Gesundheitsproblems werden dabei auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren betrachtet.

■ Rehabilitationsfähigkeit

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Belastbarkeit des behinderten Menschen für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

■ Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen der Rehabilitationsziele

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs (einschließlich nicht ausreichender Möglichkeiten der ambulanten und ggf. stationären Therapie), des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- vor dem Hintergrund der individuell relevanten Umwelt- und personbezogenen Faktoren (z. B. Hilfsmiteinsatz, Unterstützung durch Familienangehörige, Handlungsbereitschaft, Selbstbestimmung, Motivierbarkeit)
- durch eine geeignete Leistung zur Teilhabe
- in einem dafür notwendigen Zeitraum.

§ 4 Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens

In den folgenden Abschnitten 1 bis 6 werden alle wesentlichen Aspekte genannt, die in einem Gutachten neben der Benennung der berücksichtigten Vorbefunde und Unterlagen generell erwartet werden, in Bezug auf

- Allgemeine und Klinische Anamnese,
- Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese,
- Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde,
- Diagnosen,
- Epikrise und
- sozialmedizinische Beurteilung.

Je nach Fragestellung und Fallgestaltung sind bei der Erstellung des Gutachtens Schwerpunkte zu setzen. Dabei kann es geboten sein, sozialmedizinisch relevante Aspekte, die im Rahmen des weiteren Verlaufs und der weiteren Befassung unterschiedlicher Rehabilitationsträger absehbar von Bedeutung sind, mit zu erfassen und zu dokumentieren.

(1) Allgemeine und Klinische Anamnese

a. Aktuelle alltagsrelevante Beschwerden und Beeinträchtigungen

- Beschwerden und deren Verlauf (Darstellung funktionsbezogener Einschränkungen, bei Schmerzen ausführliche Schmerzanamnese)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und deren Verlauf (Darstellung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen)

b. Allgemeine Anamnese mit Relevanz für die Leistung zur Teilhabe

- Erkrankungen/Unfälle
- Krankenhausaufenthalte
- Diagnostik und Therapie
- bisher durchgeführte Teilhabeleistungen
- Darstellung gegenwärtig durchgeführter Maßnahmen, z. B. Dauer- und Bedarfsmedikation, Heilmitteltherapie, Hilfsmittelversorgung, Psychotherapie, jeweils mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Erfolg, ggf. Komplikationen/unerwünschte Wirkungen
- entwicklungsspezifische Auffälligkeiten (anlassbezogen)

c. Ggf. Biographische Anamnese bei psychischen Störungen

d. Vegetative Anamnese

(2) Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese

Im Rahmen der Sozialanamnese kann die Beschreibung der alltagsrelevanten Lebensumstände und soweit erforderlich der beruflichen Rahmenbedingungen einschließlich Arbeitsplatzbeschreibung bedeutsam sein. Nachfolgend werden alltags- und rehabilitationsrelevante Beispiele für als fördernd wie hemmend beschriebene Kontextfaktoren aufgeführt:

Umweltfaktoren:

Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen, Haushaltsführung, soziale Bedingungen im familiären oder weiteren sozialen Umfeld (Kindererziehung, Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung, Selbstversorgung, Pflege von Angehörigen), soziale Unterstützung, GdB, GdS, MdE, Anerkennung in der jeweiligen Lebenswelt, Anträge und Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern, Bildungs-/Ausbildungs-/Arbeitsplatzsituation und jeweilige spezifische Aspekte, psycho-soziale Belastungen im Schul- und Berufsleben, Arbeitsweg.

§ 4 Begutachtung

Personbezogene Faktoren:

Verhaltensgewohnheiten, Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, zu gesundheitsbezogenen und arbeits-technischen Hilfen, Sprachverständnis, Grundkompetenzen, Bildungsstand, sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren, finanzielle Absicherung.

Auf die Bedeutung gerade der personbezogenen Faktoren ausschließlich auf die jeweilige spezielle Fragestellung und auf die dabei ggf. auch zeitlich begrenzte Gültigkeit ist grundsätzlich hinzuweisen.

(3) Untersuchungsbefund einschließlich relevanter Vorbefunde

a. Allgemeiner körperlicher Befund

Die klinische Untersuchung muss die Informationen aus der Anamneseerhebung und Auswertung früherer Befunde und Unterlagen berücksichtigen. Grundlage der gutachterlichen Beurteilung des Leistungsvermögens ist die präzise Beschreibung der (noch) vorhandenen Funktionen, möglichst mit Maßangaben (z. B. Neutral-0-Methode). Falls erforderlich, dient eine zusätzliche medizinisch-technische arbeitsplatz- und/oder alltagsbezogene Funktionsdiagnostik der Objektivierung von Funktionseinbußen und -fähigkeiten. Die Diagnostik muss dabei angemessen und zumutbar sein. Medizinisch-technische oder labor-chemische Diagnostik kann ergänzend zur fachlichen Beurteilung der Beeinträchtigung je nach Krankheitsbild erforderlich sein (z. B. Lungenfunktion, Ergometrie, Echokardiographie, Nieren-/Leberlaborwerte), ein generelles Routineprogramm ist abzulehnen. Die Wirtschaftlichkeit und Trägerzuständigkeit muss beachtet werden.

Eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane, der Lese- und Schreibfähigkeit sowie des Sprach- und Sprechvermögens ist erforderlich. Altersspezifische Gesichtspunkte sind dabei jeweils zu berücksichtigen.

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.

b. Allgemeiner psychischer Befund

Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet müssen psychische Auffälligkeiten beachtet und mitgeteilt werden.

c. Fachspezifischer Befund

Auch bei Fachgutachten wird ein orientierender klinischer Gesamtstatus erwartet, vor allem wenn fachgebietsbezogene Symptome/Befunde (z. B. Sehstörungen oder Tinnitus) an einen Zusammenhang mit

anderen Erkrankungen (z. B. arterielle Hypertonie) denken lassen. Außerdem sollten Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (z. B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Gelbsucht).

Bei Kindern/Jugendlichen ist es notwendig, altersentsprechende Untersuchungsmethoden anzuwenden, zu dokumentieren und den Bezug zu den entsprechenden Perzentilen herstellen zu können.

Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“, „altersgerecht“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend.

(4) Diagnosen

a. ICD-Diagnosen

Jede rehabilitationsrelevante ICD-Diagnose ist einzeln aufzulisten und nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung zu ordnen. Dabei ist die Diagnose an den Anfang zu stellen, aus der die für die Leistung wesentlichen Krankheitsauswirkungen resultieren. Relevante Co-Morbiditäten sind zu benennen.

b. Funktionsdiagnosen/teilhaberelevante Funktionseinschränkungen

Es soll in kompakter Form ein Überblick über alltagsrelevante Auswirkungen des Gesundheitsproblems vor dem Hintergrund fördernder und hemmender Kontextfaktoren gegeben werden. Neben den ICD-Diagnosen (inklusive Kodierung) sind die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen zu nennen. Ggf. sind diese in Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis/Intervention zu setzen. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den altersentsprechenden Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

(5) Epikrise

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen jeweils mit Lokalisation, Schweregrad, bisherigem Verlauf und Prognose einschließlich Anamnese, Diagnostik und ggf. vorangegangener Therapiemaßnahmen. Die Epikrise ist damit eine Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung. Dabei sind anlassbezogen umfassend zu beschreiben:

- relevante Vorbefunde,
- differenzialdiagnostische Überlegungen,
- Probleme bei der Begutachtung,
- Diskrepanzen zwischen Beschwerden und Befunden.

Die krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Aktivitäten und die Teilhabe sind auf dieser Grundlage zu bewerten und transparent darzustellen. Den im Zusammenhang mit der Begutachtung relevanten Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund ist eine ebenso große Bedeutung beizumessen wie der (strukturierten) Selbstauskunft.

§ 5 Begutachtung

(6) Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung ist eine Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren zur Prognose und Beantwortung der trägerseitigen Fragestellung. Die jeweils maßgeblichen Vorgaben zu Sozialdatenschutz und ärztlicher Schweigepflicht sind zu beachten.

Unter Zugrundelegung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO wird die sozialmedizinische Beurteilung entsprechend der einzelnen Komponenten der ICF gegliedert (siehe hierzu Ausführungen im Anhang). Die aktuellen krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems werden auf der Organebene (Körperfunktionen und Körperstrukturen) sowie für die alltagsrelevanten Aktivitäten und Teilhabebereiche beschrieben. Die in diesem Zusammenhang, also anlassbezogen auf die Funktionsfähigkeit (nach ICF) positiv wie negativ wirkenden Kontextfaktoren sind für die Prognosebeurteilung zu berücksichtigen.

Ebenso spielen sie für die Auswahl und Empfehlung von individuell bedarfsgerechten Interventionen eine große Rolle, wenn letztere geeignet sein sollen, die Prognose zu verbessern.

Möglichkeiten der Prävention, Kuration, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der unterschiedlichen Leistungsgruppen zur Teilhabe von behinderten Menschen, der Pflege sowie des Engagements in Selbsthilfegruppen sind in die Empfehlungen im Gutachten einzubeziehen.

Zusammenfassend bilden Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung die Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen (z. B. zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose). Welche Kontextfaktoren, insbesondere personbezogenen Faktoren, in welcher Art und Weise in die sozialmedizinische Begutachtung einfließen, ist je nach Sensibilität der Information mit der zu begutachtenden Person zu thematisieren oder unter Bezugnahme auf eine (strukturierte) Selbstauskunft darzulegen. Die Kontextfaktoren sind dabei nicht ausführlich zu beschreiben oder zu bewerten, sondern nur deren Einfluss als Barriere oder Förderfaktor.

§ 5 Beteiligung der Betroffenen

Die aktive Beteiligung der Betroffenen kann durch ein persönliches Gespräch oder schriftliche Selbstauskünfte realisiert werden. Ziele von strukturierten Selbstauskünften sind z. B. eine verstärkte Orientierung an den Bedarfen der betroffenen Menschen, eine Verbesserung des Informationsflusses, eine Erleichterung der Begutachtung oder in Verbindung mit sozialmedizinischen Unterlagen die Vermeidung einer Begutachtung mit Untersuchung. Leistungen können so individualisierter und passgenauer empfohlen, und das Verfahren somit besser unterstützt werden. Darüber hinaus können sie dem betroffenen Menschen zur besseren Vorbereitung auf und Einbindung in die Begutachtung dienen.

§ 6, 7 Begutachtung

§ 6 Berichterstattung

Die Rehabilitationsträger berichten im Rahmen des 2-Jahresberichts entsprechend § 13 Abs. 8 SGB IX und unter Berücksichtigung der Festlegungen im Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen von ihren Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung; jedoch frühestens 6 Monate nach deren Inkrafttreten.

§ 7 Inkrafttreten

- (1) Diese Gemeinsame Empfehlung ist am 1. Juli 2004 in Kraft getreten und gilt in der geänderten Fassung vom 01.12.2016.
- (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.

Verzeichnis der Mitwirkenden

Irmgard Backes, GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Andreas Bahemann, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Dr. Volker Brahner, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. Silke Brüggemann, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Edelinde Eusterholz, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Dr. Birgit Fuchs, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Dr. Sabine Grotkamp, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

Reinhold Grüner, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Frank Hassenpflug, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Alfred Jakoby, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Dr. Michael Koss, Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Kassel, Kassel

Sigrid Lübbers, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Dr. Annette Müller-Garnn, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Marion Rink, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., Berlin

Dr. Sabine Schickendantz, Bundesverband Herzranke Kinder e. V., Köln

Dirk Scholtysik, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin

Barbara Vieweg, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V., Jena

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

Carola Penstorf

Dr. Wolfgang Cibis

Der bio-psycho-soziale Ansatz in der Begutachtung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sog. Referenz-Klassifikationen:

- ICD - die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF - die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI - die in Entwicklung befindliche Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung [<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>]. Meilensteine auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation) im Gesetz.

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten. Dabei schafft sie u. a. eine Sprache, die die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischerweise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

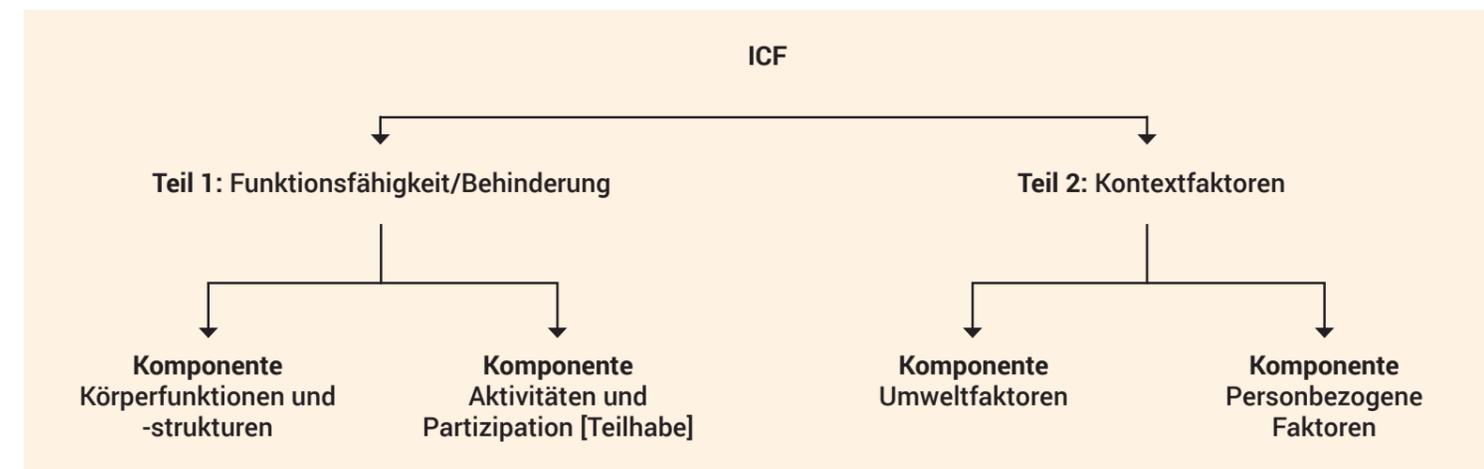
Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Er enthält die Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten und Partizipation“ (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff „Kontextfaktoren“ und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und Personbezogene Faktoren (Abbildung 1). Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Abbildung 1: Struktur der ICF



Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe.

Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiedene Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und auch psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. **Tabelle 1** listet die von der WHO vorgesehene Kapiteileinteilung in der Untergliederung der 1. Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Körperfunktionen	Kapitel	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Itembeispiele: b1400 Daueraufmerksamkeit, s7503 Bänder und Faszien der Knöchelregion. (b=Präfix für Körperfunktionen; s=Präfix für Körperstrukturen)

Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und Körperstrukturen als Schädigungen bezeichnet. Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt

Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Körperfunktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe [Partizipation] kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen der Teilhabe können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

Anhang

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenseins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
1	Lernen und Wissensanwendung z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
3	Kommunikation z. B. Kommunizieren als Empfänger oder als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken
4	Mobilität z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen
5	Selbstversorgung z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten
6	Häusliches Leben z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen
8	Bedeutende Lebensbereiche z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität

Itembeispiel: d5101 den ganzen Körper waschen (d=Präfix für Aktivitäten und Teilhabe)

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren). Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)
1	Produkte und Technologien z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte
2	natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität
3	Unterstützung und Beziehung z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde
4	Einstellungen z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik

Itembeispiel: e1101 Medikamente (e=Präfix für Umweltfaktoren)

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielhaft werden aber einige wenige Items von der WHO genannt:

Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.

Legt man diese zugrunde (Grotkamp et al. 2012), könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren, über
- physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz- Kreislauffaktoren),
- mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und zu sozioökonomischen/kulturellen Faktoren.

Andere Gesundheitsbedingungen² wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

² Englisch: „health condition“

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

Weitere Untergliederung der einzelnen Komponenten

Wie aufgezeigt, sind die beiden Komponenten des Teil 1 der ICF („Körperfunktionen und Strukturen“ sowie „Aktivitäten und Teilhabe“) und die Komponente „Umweltfaktoren“ des Teils 2 der ICF jeweils weiter untergliedert. Dabei werden sinnvolle und praktikable Teilbereiche der Komponenten zu sog. „Domänen“ (Kapitel, Blöcke) zusammengefasst. Diese enthalten jeweils einzelne Kategorien (Items) auf verschiedenen Gliederungsebenen (bis zu vier). Die Kennzeichnung der Items erfolgt mittels eindeutiger alphanumerischer Zuordnung. Diese setzt sich aus einem Präfix für die jeweilige Komponente und einem numerischen Kode für das jeweilige Item zusammen. Die Länge des numerischen Kodes bestimmt sich nach der Gliederungsebene.

Beispiel:

b2	Sinnesfunktionen und Schmerz	(Item der ersten Ebene)
b210	Funktionen des Sehens (Sehsinn)	(Item der zweiten Ebene)
b2102	Qualität des Sehvermögens	(Item der dritten Ebene)
b21022	Kontrastempfindung	(Item der vierten Ebene)

Auf der ersten Gliederungsebene (Kapitelebene) umfasst die ICF 30 Kapitel, auf der zweiten Ebene 362 Items und auf der dritten und vierten Ebene zurzeit 1424 Items. Es wäre allerdings – wie z. B. auch bei der ICD – ein großes Missverständnis, in jedem Einzelfall alle Items durchzuprüfen.

Möglichkeit der Kodierung des Schweregrads einer Schädigung oder Beeinträchtigung in der beruflichen Rehabilitation

Die Nutzung der ICF³ auf der Klassifikations-Ebene ist an die „Kodierung“ gebunden. Deren Umsetzung nach den offiziellen „Kodierungsleitlinien“ der ICF ist jedoch noch nicht ausreichend praktikabel.

Grundsätzlich besteht ein Code der ICF aus zwei Teilen:

1. aus einer Kategorie (qualitativer Teil des Codes, z. B. d510 sich waschen) und
2. aus der Beurteilung/Bewertung dieser Kategorie (quantitativer Teil des Codes, z. B. d510.2 Problem mäßig ausgeprägt).

³ Siehe auch: DVfR: Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem - Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), Stand: Dezember 2013

Dabei stellt der qualitative Teil der Kodierung (alphanumerischer Teil-Code) in der Praxis kein grundsätzliches Problem dar. Üblicherweise werden Kurzlisten aus der ICF-Gesamt-Klassifikation (je nach Zweck oder Fragestellung im Umfang von ca. 15 bis maximal ca. 150 Items) benutzt (ICF-Kurzlisten; Core-sets). Bereits in Projekten erprobte Listen erleichtern anderen Nutzern die Auswahl, sie können einrichtungsspezifisch angepasst werden.

Erheblich schwieriger gestaltet sich die Kodierung in ihrem quantitativen Teil (2. Teil des Codes, numerischer Teil-Code). Grundlage sind zunächst die offiziellen Kodierungsleitlinien der ICF. Dort werden für die Beurteilung der jeweiligen Kategorie/Items Schweregradeinteilungen in 5 Stufen vorgeschlagen, die zwischen „Problem nicht vorhanden“ bis „Problem voll ausgeprägt“ unterscheiden. Diese Stufen sind jedoch bisher nicht international standardisiert.

Diese Schweregradeinteilung kann deshalb bis auf weiteres zwar als Orientierung dienen, dem Nutzer bleibt aber nur eine näherungsweise Einschätzung dieser Stufen.

Nach der ICF ist die Kodierung einer Kategorie (Item) nur vollständig, wenn das Ausmaß einer Einschränkung oder Behinderung mitkodiert wird. Da die ICF kein Assessmentinstrument ist, ist der Einsatz anderer funktionsbezogener Instrumente und Tests erforderlich, um eine adäquate Beurteilung vornehmen zu können. Spezifische ICF-basierte Assessment-Instrumente stehen bisher kaum zur Verfügung. Die Beurteilung der einzelnen ICF-Kategorien (Items) kann selbstverständlich mit jedem geeigneten Instrumentarium erfolgen, wie es auch bisher angewendet wurde (z. B. zur Frage der Rechenfähigkeit, der Teamfähigkeit oder der Feinmotorik). Die von der WHO vorgeschlagenen Beurteilungsmerkmale sind im (Rehabilitations-) Alltag jedoch nur bedingt geeignet (s. Kap. 2). Speziell für die berufliche Rehabilitation sind im Bereich der Leistungserbringer (Einrichtungen nach § 35 SGB IX) verschiedene Lösungsansätze hierzu entwickelt worden.

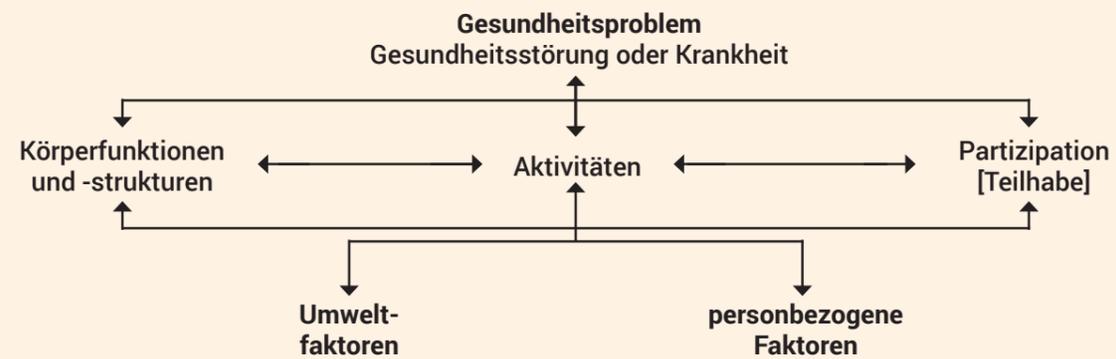
Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- bei der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor.

Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle für die Gestaltung des Reha-Prozesses entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen möchten. Die mit Hilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.

Gemeinsame Empfehlungen der BAR in ihrer aktuellen Fassung:

- Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ | 2016
 - Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ | 2016
 - Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ | 2016
 - Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ | 2014
 - Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ | 2014
 - Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ | 2012
 - Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ | 2012
 - Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ | 2010
 - Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ | 2010
 - Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ | 2004
 - Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX | 2004



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/

