

Diskussionsforum Gutachten

Info Nr. 5

Stellenwert der Leistungsdiagnostik bei der sozialmedizinischen Begutachtung

I Grundsätze

- 1. Überall, wo es um Sozialleistungen wegen einer Behinderung geht, ist eine umfassende trägerübergreifende Prüfung und Begutachtung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe erforderlich (§ 8 Abs.1 SGB IX).**
- 2. Diese umfassende Begutachtung muss ein Leistungsbild zum Ziel haben, das die vorhandenen Fähigkeiten (nicht die Defizite) hervorhebt; denn in allen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kommt es auf die aktuelle Leistungsfähigkeit an.**
- 3. Auch in den meisten anderen Bereichen des SGB fordert das Gesetz eine positive Beschreibung des Leistungsprofils.**
- 4. Dies lenkt den Blick auf das Erfordernis der Leistungsdiagnostik, denn Krankheitsdiagnostik allein lässt Rückschlüsse von Funktionen oder Funktionsstörungen auf Aktivitäten und Teilhabe nur begrenzt zu. Neben den sehr unterschiedlichen Auswirkungen bestimmter Befunde spielen u.a. die personelle und die externe Kompensation eine große Rolle.**
- 5. Leistungsdiagnostik erfordert eine Bezugnahme zu den Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes, des allgemeinen Arbeitsmarktes oder des Alltagsleben.**

II Erläuterung

1 Rechtliche Grundlagen

In den meisten Rechtsgebieten des SGB verlangt das Gesetz die Feststellung der vorhandenen Leistungsfähigkeit:

1.1 Arbeitsförderungsrecht

Für den Bereich der Arbeitsförderung sieht § 6 SGB III vor, dass das Arbeitsamt die beruflichen Fähigkeiten und die Eignung des Arbeitslosen festzustellen hat.

§ 119 Abs. 3 Nr. 1 SGB III fordert als Voraussetzung für Arbeitslosigkeit im Sinne des Gesetzes, dass der Arbeitsuchende eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben kann.

Auch dort, wo es vordergründig um Defizite geht, wie bei der Frage, ob der Arbeitslose aus gesundheitlichen Gründen eine ihm angebotene Arbeit ablehnen durfte (wichtiger Grund i. S. v. § 144 SGB III), kommt es immer darauf an, ob der Arbeitslose die in der angebotenen Beschäftigung verlangten Leistungen tatsächlich erbringen kann.

1.2 Rentenversicherung

In der Rentenversicherung, die eng mit der Arbeitslosenversicherung verzahnt ist (siehe § 125 SGB III) kommt es auch auf die positive Feststellung der Leistungsfähigkeit an, wenngleich nicht so offenkundig.

Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Hierfür ist also der positive Umfang der Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Der Rentenanspruch hängt allerdings davon ab, dass der Versicherte „außerstande“ ist eine bestimmte Zahl von Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Bei Prüfung der Voraussetzungen einer Teilerwerbsminderung nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI (außerstande mindestens 6 Stunden zu arbeiten) reicht es aber nicht einzelne Defizite aufzuzeigen, die eine mindestens 6-stündige Beschäftigung ausschließen; es muss auch positiv festgestellt werden, dass der Versicherte in der Lage ist mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Schließlich kann aber selbst die negative Aussage, der Versicherte könne bestimmte Leistungen nicht erbringen, nicht allein an Defiziten orientiert werden; es ist darüber hinaus die Kompensationsfähigkeit zu prüfen, über die der Einzelne verfügt oder die er erwerben kann, sowie die Kompensationsfähigkeit durch externe Hilfen insbesondere diejenigen nach dem SGB. Es kommt auch auf das persönliche Arbeitskonzept, die innere Beziehung zum Arbeitsleben und die Arbeitsprognose an. Diese Faktoren können zu einem wesentlich anderen Bild und damit eben doch zu einem (eingeschränkten) positiven Leistungsprofil führen.

1.3 Pflegeversicherung

Nach § 14 SGB XI ist pflegebedürftig, wer wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

Grundlage einer solchen Feststellung kann nur der Umfang der Leistungsfähigkeit des Betroffenen sein; Defizite allein besagen nichts, weil die Leistungsfähigkeit

auch von der Verarbeitung, Gewöhnung und Kompensationsfähigkeit des Einzelnen abhängt.

1.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei der Prüfung, ob Sozialleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Sozialleistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft zu gewähren sind, steht ebenfalls die Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Dies ist eindeutig, wo es um berufliche Bildung oder Einarbeitung geht, gilt aber letztlich auch im übrigen. Hier muss Eignung und Neigung vorab festgestellt werden (§ 33 Abs. 4 SGB IX). Dort, wo es um Ausgleich von Defiziten am Arbeitsplatz geht, insbesondere bei schwerbehinderten Menschen, gilt dasselbe, was zur Pflegeversicherung gesagt wurde. Für die Erforderlichkeit von Hilfen reicht in der Regel nicht die Feststellung von Defiziten.

2 Leistungsdiagnostik und Krankheitsdiagnostik

Der Stellenwert der Leistungsdiagnostik ist in Abgrenzung und Ergänzung zur Krankheitsdiagnostik zu diskutieren. Zur begrifflichen Erläuterung empfiehlt sich der Rückgriff auf die von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) herausgegebenen ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Die ICF klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, sowie der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen. Ein wichtiger Appell aus diesem mehrdimensionalen ressourcenorientierten Ansatz lautet: Bei der Beurteilung der Funktionsfähigkeit/Behinderung/Gesundheit einer Person ist neben dem Funktions- und Strukturbild auch das Aktivitäts- und Teilhabebild der Person einzubeziehen und dabei sowohl negative als auch positive Aspekte.

Als Leistung wird in der ICF die konkrete Lösung einer Aufgabe oder Ausführung einer Aktivität bezeichnet, d.h. der Begriff der Leistung (und Leistungsfähigkeit) wird auf der Aktivitäts- und Partizipationsdimension verwendet (vgl. DIMDI 2002, Nellessen 2002).

In der Praxis zeigt sich, dass Gutachter in der Regel sehr ausführlich das Krankheitsbild auf der Dimension der Körperfunktionen und -strukturen darstellen – dies teilweise gestützt durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten aus dem Bereich der Funktions- und Strukturdiagnostik. Anschließend wird in der Epikrise die Brücke zum Leistungsbild geschlagen, wobei meist nicht transparent ist, worauf sich diese Schlussfolgerungen stützen.

Die starke Gewichtung des Funktions- und Strukturbildes im Rahmen des Gutachten begründet sich zum einen aus der Tradition ärztlichen Handelns, wo die Krankheitsdiagnostik in der Praxis dominiert und dem verhältnismäßig geringem Erfahrungsschatz im Bereich der Leistungsdiagnostik (Aktivitäts- und Partizipationsdiagnostik). Zum anderen gehen viele Gutachter davon aus, dass sich aus Funktions- und Strukturstörungen unmittelbar Aktivitäts- und Partizipationsstörungen ableiten lassen. Dieser Rückschluss von Funktionen auf Aktivitäten ist aber nur bedingt möglich. Krankheit bzw. Behinderung nehmen auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zwar Einfluss; die Leistungsfähigkeit wird jedoch nur dann zutreffend beschrieben, wenn man auch die Kompensationsfähigkeiten berücksichtigt.

Die Kompensationsfähigkeit stellt die Fähigkeit dar, körpereigene oder körperfremde Kompensationsmechanismen und/oder Hilfen einzusetzen. Sie wird durch den

Einsatz personeller Ressourcen und/oder durch die Nutzung externer Ressourcen gefördert. Neben dem aktuellen Stand der Kompensationsfähigkeit ist das Kompensationspotential von Bedeutung. Darunter ist die Kompensationsfähigkeit bei optimaler Ausschöpfung von personellen und externen Ressourcen zu verstehen.

An dieser Stelle möchte wir darauf hinweisen, dass es im Rahmen der gesamten Leistungsdiagnostik wichtig ist, auch die Selbsteinschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu eruieren. Es ist davon auszugehen, dass das sog. Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit enormen Einfluss auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit und -prognose nimmt (vgl. Nellessen 2002). Auf diesen Aspekt werden wir in einem späteren Info detaillierter eingehen.

Sowohl der ICF-Ansatz (s.o.) als auch die rechtlichen Vorgaben (s. Kap. 1) fordern eine stärkere Berücksichtigung und Dokumentation des Leistungsbilds (Aktivitäts- und Partizipationsbild).

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ergibt sich folgendes konzeptionelle Problem: *Leistungsfähigkeit* ist ein abstrakter Begriff, der eine Vielzahl von aufgaben- und situationsspezifischen Leistungsfähigkeiten umfasst. Leistungsfähigkeit ist somit nicht global messbar oder beurteilbar. Eine Beurteilung *der* Leistungsfähigkeit setzt voraus, dass zunächst dieser Begriff durch ein Konstrukt spezifiziert wird. Hierzu ist es notwendig festzulegen, in Bezug zu welcher konkreten Aufgabe oder welchem Aufgabenbereich (Anforderungskomplex) die Beurteilung erfolgen soll.

Hier ergeben sich je nach Sozialgesetzbuch (s. Kap. 1) unterschiedliche Schwerpunkte: Im Bereich der Pflegeversicherung sind es die Anforderungen im Alltag bei den anderen oben dargestellten Sozialleistungen steht der Anforderungsbereich „Arbeitswelt“, die sog. *arbeitsbezogene* Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Wie der abstrakte Begriff der arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit konkretisiert werden kann wird im Folgenden skizziert.

3 Anforderungsprofile als Grundlage der Leistungsdiagnostik

Die Notwendigkeit der Operationalisierung der Leistungsfähigkeit mit Hilfe von einem Konstrukt (Merkmale/Kriterien) wurde oben dargelegt. Ein Konstrukt zur arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit muss sich an den tatsächlichen Anforderungen orientieren (dem Anforderungsprofil). Dies ist, wenn es um konkrete Arbeitsplätze geht, das dort geforderte Anforderungsspektrum, bei Berufen das Spektrum der dort benötigten Leistungspotentiale und bei einem erweiterten Arbeitsmarkt die für eine Vermittlung vornehmlich bedeutsamen Faktoren.

Die Anforderungen im Arbeitsleben werden primär bestimmt durch die Art der Arbeitsaufgabe/-aktivität und durch äußere Arbeits- und Ausführungsbedingungen. Das heißt, dass eine Leistungsbeurteilung sowohl auf Merkmale der Arbeitsorganisation und der Umgebungseinflüsse als auch auf körperliche und psychosoziale Kriterien Bezug nehmen sollte. Hierzu zählen z.B. folgende Merkmale die aus unterschiedlichen Quellen stammen (vgl. VDR 2000, Schneider et al. 2001, BMA 2000, Nellessen 2002):

- Merkmale der Arbeitsorganisation (u.a. Sichtarbeit, Gruppenarbeitsplatz)
- Merkmale der Umgebungseinflüsse (u.a. Klima, Lärm, Gase/Stoffe)

- **Physische Merkmale:**
 - Merkmale der Körperhaltung (z.B. Stehen, Sitzen, Zwangshaltungen)
 - Merkmale der Körperfortbewegung (z.B. Gehen, Steigen, Klettern)
 - Merkmale der Körperteilaktivitäten (z.B. Bücken, Rumpfrotationen, Finger- und Handaktivitäten)
 - Komplexe Merkmale (z.B. Heben, Tragen)
- **Psycho-soziale Merkmale**
 - Kognitive Merkmale (z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer)
 - Emotionale Merkmale (z.B. emotionale Schwingungsfähigkeit, Misserfolgstoleranz)
 - Motivationale Merkmale (z.B. Handlungsmotivation in verschiedenen Lebensbereichen und Anforderungsfeldern, Veränderungsmotivation, Rehabilitationsmotivation)
 - Psycho-soziale Kompetenzen (z.B. Anpassungsfähigkeit, Konfliktverhalten, Durchsetzungsfähigkeit, Interaktions- und Kommunikationskompetenz)

Diese Aufzählung beinhaltet nur einige Merkmale und stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Eine exaktere sog. Konzeptspezifikation, d.h. Festlegung der arbeitsrelevanten Merkmale, die im Rahmen einer Leistungsbeurteilung – insbesondere in Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen müsste, liegt bisher bedauerlicherweise nicht vor. Hier ist ein weiterer sich an den Anforderungen des Arbeitsmarktes orientierender Ausbau erforderlich, denn auch die Leitfäden zur sozialmedizinischen Begutachtung der Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit liefern nur Anhaltspunkte. Im Sinne von § 12 SGB IX sollte eine Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger mit Unterstützung wissenschaftlicher Institute bei der Konzeptspezifikation angestrebt werden.

Literatur:

BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg. 2000): IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. Einführung, Definitionen und Profildbögen. Essen, Köln, Siegen.

Nellessen, G. (2002): Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

Schneider, W., Henningsen, P., Rüger, U. (2001): Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger [Hrsg.] (2000): Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Frankfurt a.M.

DIMDI (2002): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand: 24.09.2002. Korrekturversion.
<http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html>

Dr. Alexander Gagel
Dr. Gisela Nellessen
Sabine Dalitz
Dr. Hans-Martin Schian