

– Fachbeitrag C1-2020 –

23.12.2020

Gemeinsame Empfehlung Begutachtung¹

Von Marcus Schian, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

I. Einleitung

Der Beitrag stellt die Gemeinsame Empfehlung (GE) Begutachtung vor.² Hierfür werden zunächst die rechtlichen Grundlagen der GE kurz beschrieben – einschließlich der Einbettung der Begutachtung in den (trägerübergreifenden) Rehabilitationsprozess (II.). Es folgt eine Beschreibung der wesentlichen Festlegungen, die die Rehabilitationsträger zur Begutachtung vereinbart haben (III.) sowie eine Einordnung der Bedeutung der GE für die trägerübergreifende Kooperation und Koordination (IV.). Im abschließenden Blick nach vorne (V.) werden u. a. mögliche Herausforderungen bei der 2021 anstehenden Überarbeitung der GE Begutachtung skizziert.

II. Rechtliche Grundlagen

1. Gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung einer Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung

§ 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX konstituiert die Verantwortung der Rehabilitationsträger dafür, dass Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. § 26 Abs. 1 SGB IX verankert einen Auftrag an die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit nach § 25 Abs. 1 SGB IX Gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Gemeinsame Empfehlungen sind ein gesetzlich – überwiegend in § 26 SGB IX – geregeltes Instrument für die Konkretisierung der Vorschriften zur Koordination und

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag C1-2020 in der Kategorie C: Sozialmedizin und Begutachtung veröffentlicht; Zitiervorschlag: Schian: Gemeinsame Empfehlung Begutachtung; Beitrag C1-2020 unter www.reha-recht.de; 23.12.2020.

² Der Beitrag basiert auf einem Vortrag i. R. d. 52. Kontaktseminars des Deutschen Sozialrechtsverbands zum Thema Medizinische Rehabilitation – ein Erfolgsmodell? am 17.–18. Februar 2020 in Kassel. Der Beitrag ist bereits in Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2020, S. 206–208 erschienen. Wir danken der Redaktion von Sozialrecht aktuell, dem Deutschen Sozialrechtsverband e.V. und Marcus Schian für die Möglichkeit der Zweitveröffentlichung.

Kooperation der Reha-Träger.³ Die Rehabilitationsträger haben 2004 die erste Fassung der GE Begutachtung vereinbart. Die letzte Überarbeitung erfolgte 2016. Die 2018 eingetretenen Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) lassen sich in Form eines Einlegeblatts nachvollziehen, die inhaltliche Anpassung ist für 2021 vorgesehen.

2. Übergreifende inhaltliche Anforderungen an Gutachten

§ 17 Abs. 2 S. 2 SGB IX verankert seit 2018 ausdrücklich die Anforderung, dass Gutachten den nach § 25 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zu vereinbarenden Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen entsprechen „sollen“. Hieraus dürfte zu folgern sein, dass Gutachten grundsätzlich diesen Grundsätzen zu entsprechen haben und Ausnahmen begründungsbedürftig sind. Seit 2018 neu gesetzlich geregelt (§ 13 i. V. m. § 26 Abs. Nr. 7 SGB IX) ist zudem der Auftrag an die Rehabilitationsträger, Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung in einer Gemeinsamen Empfehlung zu regeln. Die Reha-Träger sind dem mit den §§ 35–46 GE Reha-Prozess (GE RP) nachgekommen. Dabei haben sie auch das Verhältnis zwischen Begutachtungen und Instrumenten der Bedarfsermittlung dem Grunde nach aufgegriffen: Nach § 38 Abs. 4 GE RP unterliegen Begutachtungen ebenfalls den in §§ 35-46 GE RP genannten Grundätzen, für weitere Einzelheiten wird allerdings auf die GE Begutachtung verwiesen.

3. Einbettung der Begutachtung in den Reha-Prozess

Mit Blick auf das trägerübergreifend vereinbarte Prozessverständnis von Rehabilitation⁴ ist die Begutachtung demnach insgesamt als ein besonderes Element der Prozessphase Bedarfsermittlung und -feststellung einzuordnen.



³ Für weitere Einzelheiten zum Instrument Gemeinsame Empfehlung vgl. die Beiträge A4-2021 und A5-2021: Schian: Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – ein „Patentrezept“ für die Gestaltung trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Rehabilitation, Teil I und II demnächst unter www.reha-recht.de.

⁴ Vgl. auch hierzu die in Fn. 3 zitierten Beiträge zur GE Reha-Prozess.

Nach § 17 Abs. 1 S. 1 SGB IX ist ein Gutachten zu erstellen, wenn dies für die (nach § 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX umfassend zu erfolgende) Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist. Die Reha-Träger stellen sicher, dass Sachverständige beauftragt werden können, bei denen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen (§ 17 Abs. 4 SGB IX). Dem Leistungsberechtigten sind nach § 17 Abs. 1 S. 2 SGB IX grundsätzlich drei wohnortnahe Sachverständige zur Auswahl zu benennen, „soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist“. Die letztgenannte Einschränkung steht ebenso wie § 17 Abs. 2 S. 4 SGB IX, demzufolge die Aufgaben der Gesundheitsämter, des MDK und die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 SGB IX unberührt bleiben, in einem Spannungsverhältnis zu dem im BTHG erneut bekräftigten Ziel, Doppelbegutachtungen zu vermeiden.⁵ Der Sachverständige erstellt das Gutachten binnen zwei Wochen (§ 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Die Reha-Träger haben sich darauf verständigt, dass der leistende Reha-Träger durch geeignete Maßnahmen auf die Einhaltung dieser Frist hinwirken soll (§ 28 Abs. 3 GE RP).

§ 17 Abs. 3 SGB IX enthält Regelungen für die Fälle, in denen der leistende Reha-Träger andere Träger beteiligt hat. Insbesondere setzt er sich dann mit diesen über Anlass, Ziel und Umfang einer Begutachtung ins Benehmen. In der diesbezüglichen Vereinbarung der Reha-Träger in § 28 Abs. 1 und 2 GE RP setzt sich das zuvor aufgezeigte, im Gesetz angelegte Spannungsverhältnis fort.

Die in einem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Reha-Bedarf werden den Entscheidungen der Reha-Träger zu Grunde gelegt (§ 17 Abs. 2 S. 3 SGB IX). Sie werden zudem in den Teilhabeplan „einbezogen“ (§ 17 Abs. 3 S. 3 und § 19 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB IX), nach Verständigung der Reha-Träger bedeutet dies, dass sie „angemessen berücksichtigt“ werden (§ 54 Abs. 2 GE RP).

III. Inhaltliche Festlegungen in der GE Begutachtung

In § 2 Abs. 2 und 3 GE Begutachtung wird zunächst der Begriff des Gutachtens definiert und die Rolle des Gutachters beschrieben. Ein Gutachten ist danach die Anwendung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen auf den auf einen Einzelfall bezogenen sozialrechtlichen Kontext. Der ärztliche Gutachter hat die Funktion eines fachlich weisungsfreien, unparteiischen und objektiven Sachverständigen.⁶

⁵ Bundestags-Drucksache 18/9522, 237.

⁶ Zu den Anforderungen an Gutachten und Gutachter im rechtlichen Kontext besteht ein intensiver fachlicher Diskurs in einschlägigen Publikationen und Veranstaltungen, so im jährlichen Heidelberger Gespräch und in der Zeitschrift „Der Medizinische Sachverständige“.

1. Formale Qualitätsmerkmale eines Gutachtens

Allgemeine, formale, Qualitätskriterien eines Gutachtens werden in § 2 Abs. 3 GE Begutachtung beschrieben. Diese sind:

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

2. Allgemeine inhaltliche Anforderungen an die Begutachtung

Allgemeine Inhaltliche Anforderungen an Gutachten werden in § 3 GE Begutachtung beschrieben. Er enthält insbesondere einen ausdrücklichen Bezug auf die ICF und das ihr zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell der ICF. In § 3 Abs. 4 GE Begutachtung werden drei Hauptkriterien benannt und beschrieben, die bei einer Begutachtung zu überprüfen sind:

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- Rehabilitationsprognose.

Parallelen zu den Regularien einzelner Trägerbereiche sind offenkundig, z. B. zur Reha-Richtlinie des G-BA⁷ oder zu Anforderungen im Bereich der DRV⁸.

3. Einheitliche Gliederung von Gutachten

Eine trägerübergreifend abgestimmte Gliederung eines Gutachtens ist in § 4 GE Begutachtung geregelt. Je nach Fallgestaltung sind Schwerpunkte zu setzen:

- Allgemeine und Klinische Anamnese (§ 4 Abs. 1),
- Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese (§ 4 Abs. 2),
- Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde (§ 4 Abs. 3),
- Diagnosen (§ 4 Abs. 4),
- Epikrise (§ 4 Abs. 5),

⁷ In der Fassung vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 19. Dezember 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.3.2020 B3), in Kraft getreten am 18. März 2020, dort insbesondere §§ 7–10.

⁸ Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung, 2. vollständig überarbeitete Fassung, September 2018, DRV-Schriften Band 21, abrufbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html, zuletzt abgerufen am 22.12.2020.

- sozialmedizinische Beurteilung (§ 4 Abs. 6).

4. Anforderungen an die einzelnen Gliederungsaspekte

Allgemeine und klinische Anamnese

Unter diesem Aspekt sind aktuelle alltagsrelevante Beschwerden und Beeinträchtigungen, eine allgemeine Anamnese mit Relevanz für die Leistung zur Teilhabe (z. B. Dauer- und Bedarfsmedikation, Heilmitteltherapie, Hilfsmittelversorgung, Psychotherapie), ggf. eine biographische Anamnese bei psychischen Störungen sowie eine vegetative Anamnese zusammengefasst.

Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese

Dieser Aspekt enthält eine Beschreibung der alltagsrelevanten Lebensumstände und – soweit erforderlich – der beruflichen Rahmenbedingungen. Insbesondere wird dabei auf fördernde oder hemmende Kontextfaktoren im Sinne der ICF (Umweltfaktoren, Personbezogene Faktoren⁹) eingegangen.

Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde

Hier wird zunächst der allgemeine körperliche Befund wiedergegeben, z. B. eine präzise Beschreibung der (noch) vorhandenen Funktionen, möglichst mit Maßangaben (z. B. Neutral-0-Methode). Auch ein allgemeiner psychischer Befund (Auffälligkeiten) wird hier verortet, ebenso wie fachspezifische Befunde (z. B. Sehstörungen).

Diagnosen

Der Gliederungspunkt „Diagnosen“ enthält zunächst ICD-Diagnosen, dabei zunächst solche Diagnosen, aus der die für die Leistung wesentlichen Krankheitsauswirkungen resultieren, darauf aufbauend dann relevante Co-Morbiditäten. Ein weiterer mit Blick auf die ICF wesentlicher Inhalt dieses Gliederungspunktes sind die Funktionsdiagnosen bzw. die Beschreibung teilhaberelevanter Funktionseinschränkungen.

Epikrise

Die Epikrise enthält als Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung eine zusammenfassende Darstellung der Erkrankungen jeweils mit Lokalisation, Schweregrad, bisherigem Verlauf und Prognose einschließlich Anamnese, Diagnostik und ggf. vorangegangener Therapiemaßnahmen. Hierzu zählen auch differenzialdiagnostische Überlegungen, Probleme bei der Begutachtung und Diskrepanzen zwischen Beschwerden und Befunden. In der Epikrise ist relevanten

⁹ Vgl. hierzu z. B. Grotkamp et. al., Bedeutung der personbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation, Gesundheitswesen 2014, 172–180.

Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund eine ebenso große Bedeutung beizumessen wie der (strukturierten) Selbstauskunft.

Sozialmedizinische Beurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung ist die Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren zur Prognose und Beantwortung der trägerseitigen Fragestellung. Dabei ist den Anforderungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes Rechnung zu tragen. Zusammenfassend bilden Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung die Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen.

5. Beteiligung des Betroffenen

Die Beteiligung der zu begutachtenden Person wird über verschiedene Ansatzpunkte berücksichtigt. Ein Beispiel: 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 (§ 4 Abs. 6 5. Unterabsatz GE Begutachtung).

Eine eigene Regelung zur Beteiligung enthält § 5 GE Begutachtung. Danach kann eine aktive Beteiligung der Betroffenen durch ein persönliches Gespräch oder schriftliche bzw. strukturierte Selbstauskünfte realisiert werden. Letztere dienen demzufolge u. a. der stärkeren Orientierung an den Bedarfen der Person, Verbesserung des Informationsflusses oder auch Vermeidung von Untersuchungen sowie einer besseren Vorbereitung auf und Einbindung in die Begutachtung.

6. Geltungsbereich

Die Regelungen in der GE Begutachtung beziehen sich auf alle Leistungsträger und alle Leistungsgruppen. Inhaltlich nehmen die Regelungen im Schwerpunkt Bezug auf sozialmedizinische Sachverständigengutachten. Eine Anwendung der inhaltlichen Maßstäbe auf andere Fachgebiete z. B. Psychologie, Sozialpädagogik, soweit sie nicht rein ärztlich ausgerichtet sind, ist dadurch aber nicht ausgeschlossen. Auch die unter 2.b. genannten gesetzlichen Grundlagen enthalten keine ausdrückliche Beschränkung auf sozialmedizinische Gutachten.

IV. GE Begutachtung – Bedeutung für die Kooperation

Mit der GE Begutachtung wurde erstmals überhaupt eine trägerübergreifende Basis für Begutachtungen geschaffen, insbesondere eine einheitliche Struktur/Gliederung und wesentliche Verständigungen auf Kernbegriffe wie z. B. Rehabilitationsbedürftigkeit waren hierbei maßgeblich. Solche einheitlichen Grundlagen erleichtern oder ermöglichen teilweise sogar erst die Anschlussfähigkeit in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit. Schon 2004 enthielt die GE Begutachtung klare Bezugnahmen auf die

ICF bzw. das bio-psycho-soziale Modell, die bei der Überarbeitung 2016 nochmals deutlich verstärkt wurden. Insgesamt haben die Reha-Träger die GE Begutachtung bereits in der ersten Fassung als bedeutsam und praxisrelevant eingeschätzt.¹⁰ In trägerbereichsspezifischen untergesetzlichen Regularien wird teilweise ausdrücklich auf die GE Bezug genommen.¹¹

V. Blick nach vorne

Bei der für 2021 vorgesehenen Überarbeitung der GE Begutachtung werden voraussichtlich Anpassungen mit Blick auf die neue Rechtslage nach dem BTHG im Fokus stehen. Dabei könnten Verknüpfungen zu den neuen verfahrensrechtlichen Anforderungen im Kontext der §§ 15 ff und insb. 19 ff SGB IX (Teilhabepanung) eine Rolle spielen. Wichtiger ist sicherlich der Brückenschlag zu den inhaltlichen Anforderungen an Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX bzw. §§ 35–46 GE RP. Im Erfahrungsbericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX 2018/2019 werden insbesondere folgende wesentliche Entwicklungsansätze benannt:¹²

- Ergänzung der Zielgruppe um psychologische und andere Sachverständige (s. o., III. 6.),
- Ergänzungen hinsichtlich der Erhebung von Kontextfaktoren i. S. d. ICF,
- Vermeidung von Doppelbegutachtungen als Qualitätskriterium verankern.

Beim Aufgreifen dieser Entwicklungspotenziale könnten möglicherweise auch Fragen zur Begrifflichkeit „Gutachten“¹³ sowie zur gesetzlich nochmals bekräftigten (§ 17 Abs. 2 S. 4 SGB IX) heterogenen Landschaft gutachterlicher Dienste mit jeweils spezifischen gesetzlichen und organisatorischen Einbindungen eine Rolle spielen.¹⁴

¹⁰ Erfahrungsbericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX 2012/2013, Kapitel 3.1, abrufbar unter www.bar-frankfurt.de/themen/gemeinsame-empfehlungen/jahresberichte.html, zuletzt abgerufen am 22.12.2020.

¹¹ Vgl. z. B. die Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) Vorsorge und Rehabilitation, Stand 2.7.2018, S. 60.

¹² Erfahrungsbericht nach § 26 Abs. 8 SGB IX 2018/2019, Kapitel 6.5 und 7, abrufbar unter www.bar-frankfurt.de/themen/gemeinsame-empfehlungen/jahresberichte.html, zuletzt abgerufen am 22.12.2020.

¹³ Vgl. in anderem Kontext z.B. BSG, Beschl. V. 30.3.2017 – B 2 U 181/16 B – und Urt. v. 11.4.2013 – B 2 U 34/11 R –, zitiert nach juris; vgl. auch Teilhabeverfahrensbericht 2019, S. 41, abrufbar unter www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht.html, zuletzt abgerufen am 22.12.2020.

¹⁴ Weitere Informationen zu medizinischen Details der Inhalte der GE Begutachtung sowie mögliche weitere Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen lassen sich dem Beitrag von Grotkamp (Medizinische Rehabilitation: Schritt zum Erfolg - Die Begutachtung "Probleme bei der Umsetzung in den unterschiedlichen sozialmedizinischen Diensten der Träger") entnehmen, Sozialrecht aktuell, Sonderheft 2020, S. 209.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
