

Sozialmedizinische Begutachtung

Häufig gestellte Fragen

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 am Main, Mai 2018

ISBN 978-3-943714-99-9

Sozialmedizinische Begutachtung

Häufig gestellte Fragen

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.

Vorwort

Die sozialmedizinische Begutachtung stellt einen komplexen Bewertungsprozess von hoher individueller, sozio-ökonomischer und sozialrechtlicher Tragweite dar. Vor dem Hintergrund der Sozialgesetzgebung obliegt dem Gutachter die Aufgabe, die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu prüfen. Das Gutachten stellt die Grundlage für eine sachgerechte Verwaltungsentscheidung über Leistungen der Rehabilitation dar.

Eine Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) unter Leitung von Herrn Prof. Seger hat häufig gestellte Fragen zur sozialmedizinischen Begutachtung beantwortet: Das Kompendium bietet eine zusammenfassende Betrachtung der Spezifika des Begutachtungsauftrages, der Begutachtungssituation und des Bewertungsprozesses. Ferner gehen die Beiträge potentiellen Einflussfaktoren der gutachterlichen Entscheidung nach.

Die Beiträge langjähriger, gutachterlich tätiger Sozialmediziner aus unterschiedlicher Perspektive stellen eine wertvolle Ergänzung der gesetzlichen Regelungen in den sozialen Sicherungssystemen gemäß Sozialgesetzbuch dar. Vor dem Hintergrund zunehmender Anforderungen an das ärztliche Gutachten ist die Zusammenstellung auch als Beitrag zur sozialmedizinischen Qualifizierung von Ärzten und Ärztinnen sowie Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung zu verstehen. Die Sozialmedizin ergänzt durch ihre spezifische Sichtweise die individuelle Fachkompetenz des Arztes. Es gilt, mit den sozialmedizinisch relevanten Rahmenbedingungen verantwortungsvoll umzugehen und sie in das ärztliche Handeln zu integrieren, um dem individuellen Versorgungsbedarf von Patienten gerecht zu werden.

Die BAR dankt allen Beteiligten, deren Engagement wesentliche Voraussetzung für das vorliegende Ergebnis ist.



Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR



Prof. Dr. med. Wolfgang Seger
Vorsitzender des Sachverständigenrats
der Ärzte

Inhalt

Wie unabhängig sind Ärztliche Gutachter in abhängigen Positionen? (W. Seger)	7
Kann Geschäftspolitik einen Rahmen für die sozialmedizinische Begutachtung vorgeben? (A. Bahemann)	12
Wirkt sich die Kassenlage auf die sozialmedizinische Begutachtung aus? (I. Ueberschaer)	13
Welche ärztlichen Beiträge sind für die Feststellung des beruflichen Leistungsvermögens erforderlich? (W. Seger)	15
Welche Bedeutung hat die sozialmedizinische Begutachtung für die Leistungsentscheidung? (K. Breuninger)	18
Warum Begutachtung nach Aktenlage? (A. Bahemann)	20
Zeitraum für Gutachtenerstellung – Je schneller, desto besser? (K. Breuninger)	21
Wie wichtig ist der persönliche Kontakt für das Ergebnis der Begutachtung? (A. Bahemann)	23
Was bedeutet „an der ICF orientierte Begutachtung“? (W. Cibis)	24
Informationsbedarf vs. Datenschutz – Muss der Gutachter alles wissen? (W. Cibis & H.-M. Schian)	27
Wie geht der Ärztliche Sachverständige verantwortlich mit seinem Wissensvorsprung um? (W. Seger)	29
Welche Rolle spielt der Ärztemangel für die sozialmedizinische Begutachtung? (H. Jehl)	31
Welche Risiken und Nebenwirkungen birgt der Rehabilitationsprozess? (S. Grotkamp)	34

Einführung

Sozialmedizinische Gutachten im Auftrag von Sozialleistungsträgern befassen sich vor allem mit der Frage, welche Sozialleistungen die individuellen Krankheitsauswirkungen erfordern und ob die hierfür erforderlichen medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Häufige Anlässe sind z. B. Anträge auf Rehabilitationsleistungen oder Erwerbsminderungsrente. Nach der Feststellung der persönlichen Voraussetzungen (medizinische Notwendigkeit) durch den ärztlichen Sachverständigen erfolgt die Leistungsentscheidung durch den Verwaltungsakt der jeweiligen Behörde.

Die wissenschaftliche und praktische Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen von Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft bildet die Grundlage der gutachterlichen Tätigkeit. Von den ärztlichen Gutachtern in der sozialmedizinischen Begutachtung wird erwartet, dass sie die Rolle des unabhängigen, unparteiischen und objektiven Sachverständigen einnehmen, damit alle Versicherten gleich behandelt werden. Dazu stehen einheitliche Bewertungsmaßstäbe für die sozialmedizinische Beurteilung zur Verfügung. Die folgenden Beiträge beschreiben einerseits Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit des sozialmedizinischen Gutachters (z. B. Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell), andererseits stellen sie Herausforderungen der sozialmedizinischen Begutachtungspraxis dar (z. B. Auswirkungen ökonomischer Erwägungen auf die Begutachtungspraxis). Ziel ist, das fachübergreifende Verständnis für die sozialmedizinische Begutachtung zu vertiefen.

Die vorliegende Zusammenstellung „Häufig gestellte Fragen zur sozialmedizinischen Begutachtung“ wurde in einer Projektgruppe des Sachverständigenrats der Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) unter Leitung von Herrn Prof. Seger erarbeitet und der BAR zur Verfügung gestellt. Das freiwillige Informationsangebot richtet sich an Ärzte sowie weitere Rehabilitationsfachkräfte und Interessierte.



Wie unabhängig sind Ärztliche Gutachter in abhängigen Positionen?

W. Seger

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachter, Unabhängigkeit, Berufsrecht, Befangenheit

Die Bedeutung eines Gutachtens für eine Sozialversicherung ist nicht zu unterschätzen. Der Gutachter teilt aus seinem Sachgebiet Erfahrungs- bzw. Wissenssätze mit, erforscht, gestützt auf seine Spezialkenntnisse, den entscheidungsrelevanten Sachverhalt und zieht aus feststehenden Tatsachen fragestellungsbezogen seine gutachterlichen Schlüsse. Er trifft seine Schlussfolgerungen völlig unabhängig von den im Verfahren involvierten Interessen und beteiligten Personen.

Hinsichtlich der Neutralität Ärztlicher Gutachter bzw. Sachverständiger darf kein Zweifel bestehen. Die Unabhängigkeit des Sachverständigen von den beteiligten Parteien ist Voraussetzung für ein objektives und neutrales, nicht interessengeleitetes Gutachten. Die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, speziellen Sachverstand zur Prüfung der entscheidungsrelevanten Tatsachen nach dem Amtsermittlungsprinzip im Rahmen einer Leistungsentscheidung hinzuzuziehen, sofern nach deren Ermessen Notwendigkeit besteht. Bei privaten Versicherungsträgern erfolgt dies zur Prüfung einer eventuellen vertraglichen Leistungspflicht.

Verankerung der Unabhängigkeit ärztlicher Gutachter im Berufsrecht der Ärzte:

Sozialmedizinische Gutachten werden durch Ärzte erstellt. Jeder approbierte Arzt ist im Rahmen der Ausübung ärztlicher Tätigkeit der Berufsordnung unterworfen, ganz gleich, ob er als Behandler oder Gutachter tätig ist, ob in einer Behörde oder in eigener Praxis. Grundlage der Berufsordnung sind die Kammer- und Heilberufsgesetze. Rechtswirkung entfaltet die Berufsordnung, wenn sie durch die Kammerversammlungen der Ärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt wurde. Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997, zuletzt in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main) enthält folgende einschlägige Vorschriften als Leitsätze zur Sicherung der Unabhängigkeit dieser Berufsgruppe:

§ 1 Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte

Abs. 1: Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

§ 2 Allgemeine Ärztliche Berufspflichten

Abs. 1: Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

Abs. 2 Satz 3: Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.

Abs. 4: Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

§ 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

Abs. 1: Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

Abs. 2: Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Satz 1: Bei der Ausstellung Ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen.

§ 29a Zusammenarbeit mit Dritten

Abs. 1: Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.

Abs. 2: Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Fachberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 30 Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten

Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren.

§ 31 Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

Abs. 1: Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Abs. 2: Sie dürfen ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

§ 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

Abs. 1: Ärzten ist es nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise aus sozialrechtlicher Grundlage dient und dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.

Sicherung der Unabhängigkeit durch ergänzende gesetzliche und organisatorische Regelungen der Berufsausübung:

Für die Tätigkeit eines Ärztlichen Gutachters im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat der Gesetzgeber weitere besondere Regelungen geschaffen, um die Unabhängigkeit der dort beschäftigten Gutachter zu verdeutlichen. Diese Regelungen gelten neben dem Berufsrecht unabhängig davon, ob es sich um eine Tätigkeit im Rahmen eines Angestellten- oder Werkvertrages beschäftigten Gutachters handelt. Dies soll sicherstellen, dass der Beschäftigungsstatus keinen Anschein der Abhängigkeit vom Auftraggeber oder gar der Befangenheit erweckt. Der Gesetzgeber stellt dies in folgenden gesetzlichen Regelungen dar:

- § 278 SGB V: In jedem Land wird eine von den Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Damit werden Gutachter und Auftraggeber des Gutachtens nicht vom gleichen Arbeitgeber beschäftigt, vielmehr von diesen unabhängig.
- § 275 Abs. 5 SGB V: Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Dies stellt die Gutachter der beim MDK beschäftigten Ärzte frei von fachlich-inhaltlichen Dienstmaßnahmen.
- § 281 Abs. 3 SGB V: Die zuständige Aufsichtsbehörde hat die ärztliche Unabhängigkeit zu beachten.
- § 281 Abs. 1 SGB V: Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen durch eine Umlage (nach der Zahl der Versicherten) aufgebracht, nicht durch eine fallbezogene Finanzierung (nach Häufigkeit der Inanspruchnahme). Somit besteht keine erwerbswirtschaftliche Ausrichtung.
- § 279 Abs. 5 SGB V: Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen (und nicht von Verwaltungsmitarbeitern der Auftraggeber).
- 1998 wurde von den leitenden Ärzten und Geschäftsführern der MDK-Gemeinschaft ein Kodex erstellt. Dieser enthält Verhaltensregeln für die Gutachter/Innen und betont die fachliche Unabhängigkeit des Gutachters bei der Begutachtung von Versicherten.

Bei der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und anderen Sozialleistungsträgern sowie bei der privatrechtlichen Lebens- und Krankenversicherung wird die Begutachtung meist in trägerabhängigen Abteilungen oder durch externe Gutachter durchgeführt. Die Träger dieser medizinischen Dienste sind identisch mit den Auftraggebern (anders als beim MDK).

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

Die Unabhängigkeit der dort beschäftigten Gutachter wird dadurch gewährleistet, dass

- Gutachter in einem durch einen Arzt geführten Geschäftsbereich für Begutachtung zusammengefasst werden,
- Gutachter alternativ direkt dem Geschäftsführer unterstellt sind und nicht anderen, die Leistungsentscheidung treffenden Abteilungsleitern und
- Gutachter formal keinen fachlich-inhaltlichen Weisungen bezogen auf das einzelne Gutachten durch einen Vorgesetzten oder eine andere Person unterliegen.

Bei den Sozialleistungsträgern erfolgt formal und organisatorisch eine Trennung zwischen Ärztlicher Begutachtung und sonstigen Verwaltungsprozessen. Die administrativen Mitarbeiter der Sozialleistungsträger unterliegen als Auftraggeber von Gutachten den einschlägigen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches. So gilt beispielsweise nach §33c SGB I das Benachteiligungsverbot. Danach darf bei der Inanspruchnahme sozialer Rechte niemand aus Gründen der Rasse, wegen der ethnischen Herkunft oder einer Behinderung benachteiligt werden. Das betrifft die Neutralität im Verwaltungshandeln.

Vermeidung des Anscheins von Befangenheit durch den Gutachter:

Die Ärztekammer Berlin hat in ihren Ausführungen zu den allgemeinen Grundlagen der Begutachtung die o.g. berufsrechtlichen Anforderungen an den Gutachter hinsichtlich seiner Unabhängigkeit und Unparteilichkeit näher ausgeführt. Demnach darf der Gutachter weder Interessenvertreter des Auftraggebers noch des zu Begutachtenden sein. Dies bedeutet u. a., dass ein „im Zweifel für den Antragsteller“ oder eine „wohlwollende Beurteilung z. B. zu Lasten der Versicherung gutachterlich ebenso unzulässig sind wie eine durch Antipathie oder Sympathie modifizierte Bemessung einer Anspruchsanerkennung. Es ist auch nicht Aufgabe des Gutachters, vermeintliche „Auswüchse“ des Sozialstaates zu korrigieren oder für die Beitragsstabilität oder Finanzierbarkeit des Versicherungssystems Sorge zu tragen.

Persönliche Kontakte mit dem zu Begutachtenden – soweit sie nicht mit der Untersuchung in Zusammenhang stehen – oder mit einem Verfahrensbeteiligten sind zu vermeiden. Unabhängigkeit wird nicht angenommen, wenn der Gutachter mit dem zu Begutachtenden verwandt, verschwägert oder befreundet ist oder wenn, z. B. bei Arzthaftungsfällen, ein enger außerprozessualer Kontakt (Kooperationen oder Auseinandersetzungen, Ausbildungsverhältnis o. ä.) mit dem in Anspruch genommenen Arzt besteht oder in der Vergangenheit bestand.

Ebenso wenig kommt als Sachverständiger im Sozialgerichtsverfahren in Betracht, wer den Patienten selbst behandelt hat oder wer zuvor im Auftrag einer der Parteien ein Privatgutachten erstellt hat. Daher ist für den behandelnden Arzt besondere Vorsicht geboten, wenn er über schriftliche Befunddarstellungen hinaus (s.u. unter Attest) im Auftrag des Patienten auch wertende und damit gutachterliche Äußerungen bekundet. Ohnehin stellt sich für ihn das Problem des Rollenwechsels, wenn er diesem Wunsch nachkommt oder z. B. in einem Sozialrechtsstreit über § 109 SGG einen Gutachterauftrag erhält. Er sollte stets prüfen, ob ihm der Wechsel aus dem Behandlungsauftrag in die strikte gutachterliche Neutralität möglich ist und im Zweifel den Auftrag mit Hinweis auf diese Konfliktsituation ablehnen. Einzelne Vorschriften schließen den behandelnden Arzt sogar im Grundsatz (§ 11 Abs. 2 Fahrerlaubnisverordnung) oder ausnahmslos (§ 297 Abs. 6 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) von der Begutachtung aus.

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

Insbesondere muss auch der Gutachter selbst etwaige Gründe angeben, die aufgrund seiner früheren Berufs-, Sachverständigen-oder Beratungstätigkeit Zweifel an seiner Unabhängigkeit aufwerfen könnten.

Bei allen aus der Person oder dem Verhalten resultierenden Befangenheitsgründen kommt es auch nach rechtlicher Würdigung nicht darauf an, ob der Sachverständige tatsächlich objektiv als befangen zu gelten hat oder sich subjektiv befangen fühlt, sondern darauf, ob aus der Perspektive eines verständigen Verfahrensbeteiligten die Befangenheit besteht.

Gutachterliche Unabhängigkeit und Neutralität sozialmedizinischer Gutachter werden durch gesetzliche, berufsrechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen gewährleistet, ergänzt um eine persönliche Grundhaltung zur Vermeidung des Anscheins der Befangenheit.

Kann Geschäftspolitik einen Rahmen für die sozialmedizinische Begutachtung vorgeben?

A. Bahemann

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Unabhängigkeit, Geschäftspolitik, ärztliche Weisungsfreiheit

Die Besonderheiten des ärztlichen Berufs und speziell die ärztliche Weisungsfreiheit erfordern eine genaue Differenzierung des allgemeinen Weisungsrechts. Auch bei Einbindung in die Organisation durch einen Arbeitsvertrag bleibt gültig, dass der ärztliche Beruf gemäß Bundesärzteordnung (§1 (2) – http://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html) seiner Natur nach ein freier Beruf ist. Ein allgemeines Weisungsrecht kann gelten zu Durchführung, Zeit, Dauer, Art und Ort der Tätigkeit. Weisungen hierzu hat auch ein Arzt als Arbeitnehmer zu befolgen. Als Besonderheit des ärztlichen Berufs gilt aber u. a. die ärztliche Weisungsfreiheit. Dazu muss unterschieden werden zwischen dem disziplinarischen und dem fachlichen Vorgesetzten. In jedem Fall ist die ärztliche Weisungsfreiheit das alles entscheidende Wesensmerkmal des freien Berufs; das gilt unabhängig von der Art der Ausübung des ärztlichen Berufs. Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Siehe hierzu: Dtsch Ärztebl 2013: 110 (41): (2).

Wörtlich heißt es in § 2 (4) der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011, vgl. dazu <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#>: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“ Das gilt selbstverständlich auch für die gutachterliche Tätigkeit; und das wissen nicht nur die Gutachter selbst, sondern auch die Auftraggeber und die Arbeitgeber und Dienstherren. Unabhängig davon gilt natürlich, dass Letztere entscheiden können, welche rechtlich zulässigen Fragen gestellt und zu welchen Schwerpunkten Aufträge erteilt werden. Aufgabe der Gutachter, speziell der Führungskräfte, in den Diensten ist es, hierzu die Verantwortlichen in Verwaltung, Geschäftsführung etc. fachlich zu beraten.

Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

Wirkt sich die Kassenlage auf die sozialmedizinische Begutachtung aus?

I. Ueberschaer

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Sachaufklärung, Wirtschaftlichkeit, Kassenlage, Gutachtenqualität

Die Ärztliche Begutachtung befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen Massengeschäft, Individualität, Rechtssicherheit, Fehlerquote und Wirtschaftlichkeit. Im Unterschied zu Medizinern, die in intensivmedizinischen Abteilungen tätig sind, gehört der tägliche Kampf um das Überleben von Patientinnen und Patienten nicht zum Alltag von Ärzten, die bei einem Sozialleistungsträger beschäftigt sind. Dennoch hat der sozialmedizinische Prüf- und Gutachterarzt eine hohe ärztliche Verantwortung. Er ist als unabhängiger Sachverständiger Garant für unparteiische Sachaufklärung. Es geht dabei nicht selten um Summen von 100.000 EUR und mehr pro Einzelfallentscheidung, beispielweise bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Nicht nur aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen ist daher eine individuelle und passgenaue sozialmedizinische Sachaufklärung und Votierung notwendig. Die Beurteilung soll objektiv und sachgerecht sowie die interindividuelle Variabilität möglichst gering sein.

Die Kriterien von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beim Umgang mit Beitrags- bzw. Steuermitteln wurden allen Sozialleistungsträgern mit dem SGB IV „ins Stammbuch“ geschrieben. So fordert der § 69 SGB IV, dass bei der Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplans der Versicherungsträger sicherstellt, dass er die ihm obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllen kann. Daher werden sowohl die Zahl der Stellen ärztlicher Gutachter, ebenso wie die sozialmedizinische Sachaufklärung selbst, stets auf das Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende beschränkt.

Auch eine hohe Arbeitsquantität darf nicht zu Lasten einer angemessenen sozialmedizinischen Sachaufklärung gehen. Dennoch kann der Zeitaufwand pro Akte bzw. Begutachtung nicht beliebig lang sein. Dies ist auch schon deshalb wichtig, da neben der Frage nach Effizienz und Wirtschaftlichkeit auch gesetzliche Fristen eingehalten werden müssen. Die ärztliche Leitung hat dafür Sorge zu tragen, dass die notwendigen Rahmenbedingungen (Ressourcen, interne Regelungen usw.) gegeben sind, sowie dafür Sorge zu tragen, dass die Rechtssicherheit möglichst groß, die Fehlerquote möglichst klein ist und die Wirtschaftlichkeit ausreichend beachtet wird.

Durch eine Optimierung der Arbeitsorganisation und -abläufe muss gewährleistet sein, dass Ärzte, insbesondere auch in einer Verwaltung, nur mit den Arbeitsaufgaben befasst sind, die einen ärztlichen Berufsabschluss erforderlich machen. Alle anderen Aufgaben sollten von nichtärztlichen Mitarbeitern erledigt werden. Es ist auch kritisch zu prüfen, bei welcher Verwaltungsentscheidung tatsächlich eine Arztvorlage erforderlich ist.

Ziel sollte es sein, dass die dem Gutachten-Auftrag beigefügten ärztlichen Unterlagen aktuell und vollständig sind. Zum einen sind so seitens des Prüf- und Gutachterarztes keine weiteren kosten- und zeitintensiven Ermittlungen

und Untersuchungen erforderlich, außerdem bleiben so dem betroffenen Menschen unnötige Doppeluntersuchungen erspart, zum anderen werden Kosten minimiert und die Bearbeitungszeit verkürzt.

Das sozialmedizinische Gutachten bzw. die sozialmedizinische Stellungnahme soll die verwaltungsseitig gestellten reha-relevanten Fragen möglichst präzise und umfassend beantworten und damit der Sachbearbeitung eine gute Entscheidungsgrundlage liefern. Eine über die Fragestellung hinausgehende Begutachtung „auf Vorrat“ ist aus Datenschutzgründen nicht zulässig. Trotzdem kann es geboten sein, allen Teilhabe-Bedarfen, die im Rahmen der Begutachtung erkannt werden, nachzugehen. Damit können ebenfalls unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Die Qualität eines Gutachtens zeichnet sich durch seine Nachvollziehbarkeit, die formale Gestaltung, die Verständlichkeit, die Transparenz, die Vollständigkeit, die Einhaltung der medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen und zwingend auch die Wirtschaftlichkeit aus.

Das sozialmedizinische Gutachten muss vollständig, richtig, nachvollziehbar, verständlich und objektiv mit neutraler Grundhaltung und angemessenem Aufwand die für eine Leistungsentscheidung relevanten Fragestellungen beantworten.

Welche ärztlichen Beiträge sind für die Feststellung des beruflichen Leistungsvermögens erforderlich?

W. Seger

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Krankheit, Behinderung, Heilberuf, Sachaufklärung

Sozialmedizinische Begutachtung des beruflichen Leistungsvermögens ist eine rein ärztliche Aufgabe, ggf. unter ergänzender Hinzuziehung weiterer Informationen / Professionen. Ein sozialmedizinisches Gutachten ohne ärztliche Kompetenz ist vor dem Hintergrund einer anlassbegründenden Krankheit mit resultierender Beeinträchtigung und / oder Behinderung wertlos und entspricht nicht dem Willen des Gesetzgebers.

Definition und Ausgangstatsachen:

- Die persönlichen Voraussetzungen für das Vorliegen eines zur Arbeitsunfähigkeit führenden beeinträchtigten Leistungsvermögens am Arbeitsplatz sind in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wie folgt definiert: „Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Versicherte aufgrund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können. Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben.“
- Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung liegen bei Versicherten vor, „deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und...“
- „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweichen (Behinderungsbegriff SGB IX vor BTHG)“
- Ein Beruf, der sich mit der Behandlung von Krankheiten und Behinderungen auseinandersetzt, wird als Heilberuf bezeichnet. Jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen wird als Heilkunde bezeichnet, auch wenn sie im Dienste von anderen Personen ausgeübt wird. Nach geltendem Recht ist in Deutschland die Ausübung der Heilkunde grundsätzlich nur den Angehörigen eines akademischen Heilberufes und Heilpraktikern gestattet. Zu den akademischen Heilberufen zählen (Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeut, Tierarzt und Apotheker), deren Angehörige in Berufskammern organisiert sind.

Das Arztprimat für die sozialmedizinische Begutachtung:

Zur Gewährung bzw. zum Erlangen von Gesundheits- bzw. Sozialleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, voller bzw. teilweiser Erwerbsminderung oder Behinderung müssen gewisse leistungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu zählen Krankheit oder Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktion. Da jegliche Tätigkeiten zur Feststellung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen nur durch

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

Angehörige eines Heilberufes berufsmäßig erfolgen dürfen, sind nach geltendem Recht Feststellungen zur Aufhebung / Minderung des Leistungsvermögens nur durch einen ärztlichen Gutachter zulässig.

Die Feststellung des beruflichen Leistungsvermögens am ausgeübten Arbeitsplatz oder im allgemeinen Erwerbsleben erfordert einen Vergleich zwischen den Fähigkeiten der (beeinträchtigten) Person und den Anforderungen des / eines Arbeitsplatzes beziehungsweise z. B. des allgemeinen Arbeitsmarktes. Aus dem Ergebnis leiten sich Anregungen für Maßnahmen zur Verbesserung der Fähigkeiten der Person (z. B. medizinische Rehabilitation) oder Veränderungen des Arbeitsplatzes ab (Abb. 1).

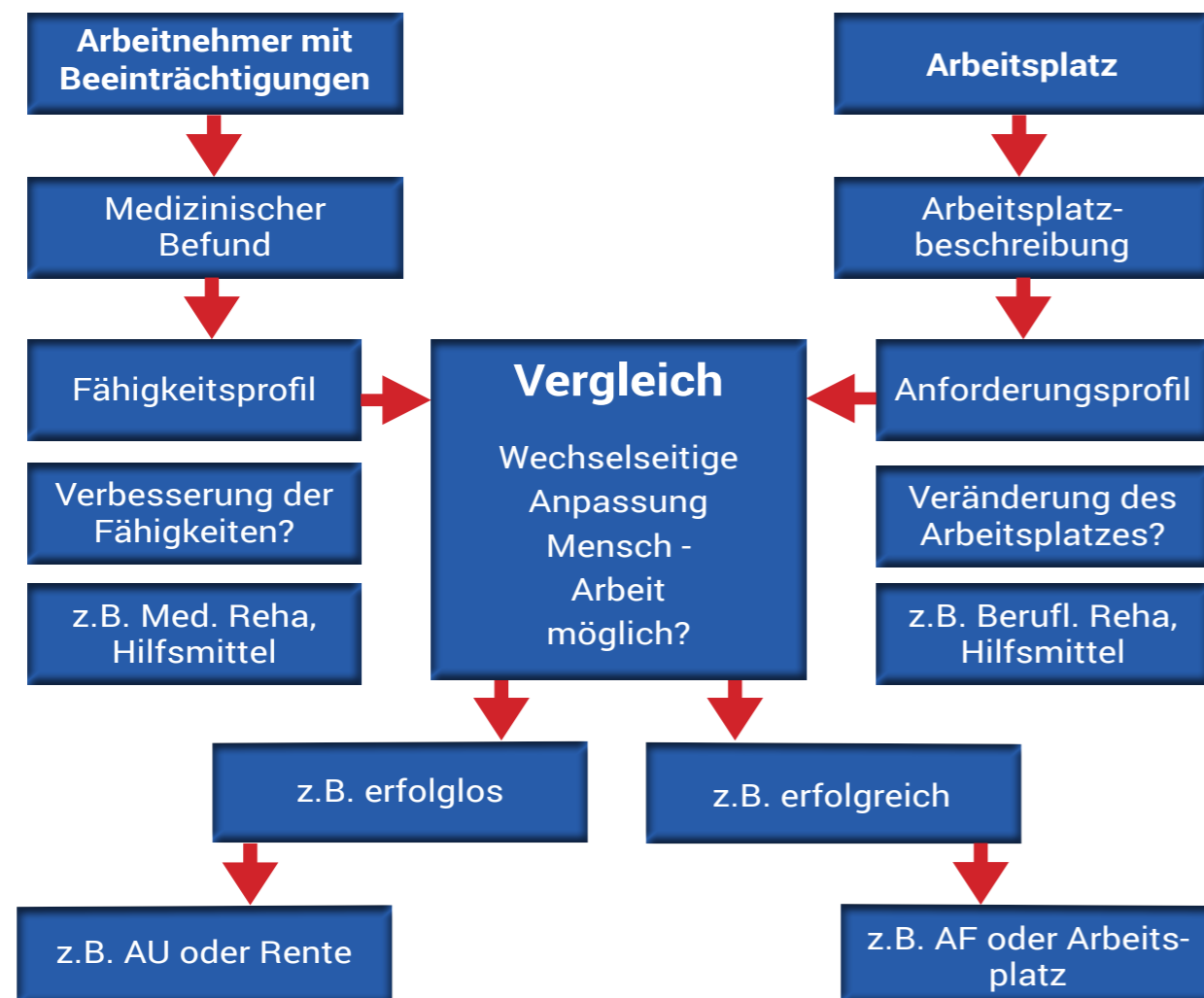


Abbildung 1: Der Vergleich als Entscheidungshilfe (nach Wieland / Schian).

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

Zur Beschreibung des Fähigkeits- bzw. Beeinträchtigungsprofils und/oder des Arbeitsplatzes (Anforderungsprofil) bzw. jeweils geeigneter und erfolgversprechender Maßnahmen kann es je nach Fragestellung sinnvoll und/oder notwendig sein, die Fachkompetenz von Spezialisten der gleichen (z. B. Psychiater, Orthopäde, Arbeitsmediziner) und/oder anderer Berufsgruppen (Psychologe, Berufskundler, Rehabilitationsberater) in den Abklärungs- und Entscheidungsweg angemessen mit einzubeziehen. Aufgabe des die gutachterliche Stellungnahme abschließenden ärztlichen Gutachters ist es dann, insbesondere die ergänzenden Informationen und Anregungen vor dem Hintergrund der personbezogenen medizinischen Besonderheiten, in seiner Gesamtschau zu würdigen und eine gutachterliche Empfehlung auszusprechen.

Die sozialmedizinische Begutachtung ist eine ärztliche Aufgabe.

Welche Bedeutung hat die sozialmedizinische Begutachtung für die Leistungsentscheidung?

K. Breuninger

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Rehabilitation, Sachaufklärung, Ärztlicher Sachverstand

Vor jedem Leistungsentscheid eines Sozialversicherungsträgers sind grundsätzlich zunächst die versicherungs-, versorgungs- und sozialrechtlichen Voraussetzungen zu prüfen, bevor die Frage, ob die medizinischen und damit persönlichen Voraussetzungen entsprechend den einschlägigen Rechtsvorschriften vorliegen, zu beantworten ist. Dabei ist nicht für alle Verwaltungsentscheidungen spezifischer sozialmedizinischer Sachverstand erforderlich.

Auch unter wirtschaftlichen und zeitlichen Aspekten muss durch den jeweiligen Sozialleistungsträger abgewogen werden, ob für die jeweilige Fragestellung der Einbezug eines sozialmedizinischen Gutachters erforderlich ist oder andere Möglichkeiten für die sachgerechte Klärung medizinischer Fragen bestehen, z. B. durch Rückgriff auf ggf. bereits vorliegende ärztliche oder sozialmedizinische Stellungnahmen oder Klärung von einfachen medizinischen Routinefragen durch entsprechend geschulte nichtärztliche Personen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch ärztliche Gutachter nur beratende Funktion haben, leistungsrechtliche Entscheidungen trifft der jeweilige Sozialversicherungsträger in seinem Verwaltungsverfahren. Die dabei zu treffende Feststellung hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs muss allerdings an den fachlich anerkannten Maßstäben ausgerichtet werden, so dass auf die Einbindung spezifischer sozialmedizinischer, jedenfalls aber ärztlicher Expertise nicht generell verzichtet werden kann. Auch bei der Ausübung des sozialverwaltungsrechtlichen Ermessens hinsichtlich Art und Umfang der Leistung, z. B. bei Leistungen zur Teilhabe, sind rechtliche Grenzen zu beachten. Dies wirkt sich auf die Abwägung aus, ob spezieller sozialmedizinischer Sachverstand erforderlich ist.

Beispiele:

GKV:

Mit dem GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 erfolgte auch eine Änderung des § 275 (2) SGB V. Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst Folgendes prüfen zu lassen:

- (1) die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40, 41 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung.

Die „**Richtlinie MDK-Stichprobenregelung**“ ist seit 02.07.2008 in Kraft.

§ 2 Prüfung in Stichproben

- (2) Die Krankenkasse hat jeden 4. Antrag in der Reihenfolge des Eingangs durch den MDK prüfen zu lassen.

§ 1 Begutachtung durch den MDK

- (3) Unabhängig von der Prüfung in Stichproben (§2) sind die KK bei diesen Leistungen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Das gilt insbesondere bei:

- a) Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit
- b) Leistungen vor Ablauf von 4 Jahren

§ 3 Ausnahmen von der Prüfung in Stichproben

Von der Prüfung in Stichproben nach § 2 kann abgesehen werden bei Anschlussrehabilitationen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, DMP-Programmen und Integrierter Versorgung.

Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist dann gegeben, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, eine positive Rehabilitationsprognose auf Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Rehabilitationsziele, vorliegen. Die Beurteilung ist komplex und erfordert sozialmedizinische Kompetenz und umfangreiche rehabilitationsmedizinische Erfahrungen. Diese vielschichtige Beurteilung wird nun auch von Sachbearbeitern der Krankenkassen in nicht unbeträchtlichem Ausmaß praktiziert.

DRV:

Bei Erstanträgen auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme aufgrund einer onkologischen Erkrankung wird auf der Grundlage des Krankenhausentlassungsberichts grundsätzlich eine Bewilligung auch ohne eine spezifische sozialmedizinische Begutachtung möglich sein. In der Regel ist aufgrund der Schwere der Erkrankung sowie den Krankheitsauswirkungen auf die Teilhabe von einem Rehabilitationsbedarf auszugehen. Bei Fragen zur Reha-Fähigkeit ist ggf. ein ärztlicher Gutachter einzuschalten.

Komplexe Rehabilitationsfragen erfordern sozialmedizinischen Sachverstand.

Warum Begutachtung nach Aktenlage?

A. Bahemann

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Aktenlage, Sachaufklärung

Die ärztlichen Dienste der verschiedenen Träger sind unterschiedlich organisiert. Die Auswahl des geeigneten Beratungs- und Begutachtungsprodukts erfolgt insbesondere unter Berücksichtigung der Fragestellung durch den ärztlichen Fachdienst selbst. Selbstverständlich steht immer im Vordergrund, fachlich qualitativ einwandfreie „Produkte“ zu erstellen. Im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X; http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_10/_96.html) geht es nach § 96 – Ärztliche Untersuchungen, psychologische Eignungsuntersuchungen – u. a. darum, dass Untersuchungsbefunde eines Leistungsträgers bei der Feststellung, ob die Voraussetzungen einer anderen Sozialleistung vorliegen, verwertet werden sollen. Vereinfacht gesagt: Unnötige Doppeluntersuchungen haben zu unterbleiben. In Absatz 2 des § 96 SGB X heißt es dazu: „Durch Vereinbarungen haben die Leistungsträger sicherzustellen, dass Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Untersuchungsergebnisse vorliegen.“

In der Praxis werden auch beispielsweise Befunde und Befundberichte von behandelnden Ärzten angefordert, wenn es um die Leistungsfähigkeit in einem zurückliegenden Zeitraum geht. Bei vielen Fragestellungen würde der tagesaktuelle Untersuchungsbefund nur wenig bis gar nicht zur Klärung beitragen. Wenn zum Abbruch einer Maßnahme zur Umschulung (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) vor einigen Monaten schon anhand vorgelegter und/oder angeforderter ärztlicher Befunde etc. festgestellt werden kann, dass aus ärztlicher Sicht wichtige gesundheitliche Gründe für diesen Schritt vorgelegen haben, wird in der Regel von den Betroffenen eine Erledigung „nach Aktenlage“ nicht beanstandet werden, weil dann keine leistungsrechtlichen Nachteile für die betroffene Person entstehen. Anders kann das natürlich z. B. dann eingeschätzt werden, wenn nach Begutachtung ohne Untersuchung der betroffenen Person ein Reha-Antrag abgelehnt wird. Auf Einzelheiten hierzu wird unter Frage 5 eingegangen.

Gutachten nach Aktenlage können je nach Fragestellung und Informationslage zu einer qualitativ angemessenen Sachaufklärung beitragen.

Zeitraum für Gutachtenerstellung – Je schneller, desto besser?

K. Breuninger

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachter, Fristen, Patientenrechte, Sachaufklärung

Seit Verabschiedung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) 2001 sind bei der Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe, Fristen von den Rehabilitationsträgern einzuhalten.

§ 14 SGB IX:

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist;...Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen.

Am 16.12.2016 hat der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung- das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verabschiedet. Das BTHG tritt stufenweise in Kraft, Teil 1 des neuen SGB IX – Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen (Allgemeiner Teil) zum 01.01.2018. In den §§ 14 und 15 SGB IX werden verbindliche Verfahrensweisen und Fristen für die Zuständigkeitsabklärung definiert.

Die in § 14 Abs. 1 und 2 genannten Fristen gelten weiterhin. Neu ist, dass jeder Reha-Träger den Antragsteller über die Weiterleitung zu informieren hat.

Mit Inkrafttreten des **Patientenrechtegesetzes** im Februar 2013 müssen Krankenkassen für ihre Entscheidungen zudem enge Fristen für alle Anträge auf Leistungen einhalten.

§ 13 SGB V:

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antragseingang oder in den Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eingeholt wird, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von 3 Wochen gutachterlich Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Vereinfacht bedeutet dies:

Wenn eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder, wenn der Medizinische Dienst beteiligt ist, nach fünf Wochen entscheidet, so ist der Antragsteller über den Grund zu informieren. Unterlässt sie dies, so gilt der Antrag als genehmigt. Zuvor muss der Versicherte der Krankenkasse allerdings eine angemessene Frist setzen.

Neben der Einhaltung dieser gesetzlichen Fristen ist die gutachterliche Tätigkeit bei einem Sozialleistungsträger aber auch von einem hohen Auftragsaufkommen geprägt. Der Zeitdruck, der auf dem sozialmedizinischen Gutachter lastet, ist in vielen Fällen nicht unbeträchtlich.

Der Gutachter ist täglich mit der Frage konfrontiert, ob mit den vorgelegten Unterlagen die Fragestellung ausreichend beantwortet und somit eine sachgerechte leistungsrechtliche Entscheidung getroffen werden kann. Weitere Ermittlungen sind i.R. zeitintensiv, so dass die Sachaufklärung sowohl aus zeit-, aber auch als wirtschaftlichen Aspekten, auf das notwendige Maß zu beschränken ist.

Insbesondere die MDK-Gutachter müssen häufig, vor dem Hintergrund der Fristeneinhaltung des Patientenrechtegesetzes, auf weitere Ermittlungen verzichten. Der Gefahr, dass wegen unzureichender Informationen gutachterliche Fehlbeurteilungen erfolgen, muss entgegengewirkt werden, z. B. durch Nutzung moderner IT-Implementierungen.

Auch bei der Auswahl der Gutachten-Art (Aktenlage, symptombezogene Untersuchung, umfängliche Untersuchung und Begutachtung) spielt der Zeitfaktor eine nicht unwesentliche Rolle. Quantitative Erwartungen an den Gutachter dürfen nicht zulasten der Qualität gehen bzgl. „Richtigkeit“ / Plausibilität.

Die Einhaltung gesetzlicher und untergesetzlicher Fristenregelungen darf eine angemessene und sachgerechte Informationsgrundlage für die Gutachtenerstellung nicht behindern.

Wie wichtig ist der persönliche Kontakt für das Ergebnis der Begutachtung?

A. Bahemann

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Persönliche Begutachtung

Immer wieder wird bemängelt, dass Leistungsentscheidungen nach ärztlicher Begutachtung nach Aktenlage getroffen werden, ohne dass die betroffenen Personen erneut vom ärztlichen bzw. sozialmedizinischen Dienst untersucht werden. Auf die Thematik „Begutachtung nach Aktenlage“ wurde bereits unter Frage 1 eingegangen. Es geht aber noch um mehr.

Unabhängig davon, dass oft eine erneute Untersuchung aus ärztlich-fachlicher Sicht nicht geboten oder sogar nicht angemessen wäre, möchten sich die betroffenen Personen in der Regel zumindest „gesehen“ wissen. Wenn das Gutachten an den Auftraggeber (z. B. Reha-Berater oder Fallmanager) geht und von diesem eröffnet wird, ist bei einem inhaltlich nicht den Erwartungen entsprechendem Ergebnis naheliegend, dass formuliert wird, „mein behandelnder Arzt kennt mich seit vielen Jahren und der Gutachter beim Leistungsträger hat mich nie gesehen“.

Diese dann zutreffende Bemerkung sagt natürlich nichts über die Richtigkeit der sozialmedizinischen Beurteilung aus. Leichter zu akzeptieren sind solche „Diskrepanzen“ sicher, wenn unabhängig von einer fachlich-inhaltlichen Erledigung „nach Aktenlage“ die Betroffenen Gelegenheit haben, ihre Anliegen und Sichtweisen dem Gutachter gegenüber zu vertreten. Hier gibt es natürlich praktische und Ressourcen bezogene Grenzen.

Wenn die Kenntnis der Kontextfaktoren, insbesondere der personbezogenen Faktoren (siehe Frage 4), zur Beurteilung der beantragten Leistung notwendig ist und keine ausreichende Selbstauskunft dazu zur Verfügung steht, wäre dies ein weiterer Grund für eine persönliche Begutachtung. Aus grundsätzlichen Erwägungen strebt z. B. der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit an, den Anteil der Erledigungen mit direktem Kontakt zwischen Arzt und betroffener Person zu steigern.

Die persönliche Begutachtung ist das sozialmedizinische Premiumprodukt, unabhängig davon, ob aktuell eine Untersuchung notwendig ist.

Was bedeutet „an der ICF orientierte Begutachtung“?

W. Cibis

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Begutachtung, Bio-psycho-soziales Modell, ICF

Die Antwort auf diese Frage setzt voraus, dass geklärt ist, was Begutachtung und was ICF bedeutet.

Was ist Begutachtung?

Aufgabe des sozialmedizinischen Sachverständigen und Gutachters ist die Ermittlung und Bewertung der sozialmedizinischen Tatsachen, die eine Grundlage für eine Entscheidung über eine Sozialleistung sind. Den Vorgang dieser Sachverhaltsaufklärung nennt man Begutachten/Begutachtung, das Produkt dieses Prozesses ist das Gutachten, das an den Auftraggeber geliefert wird.

Die Untersuchungen sollen in der Art und Weise vorgenommen und die Gutachten grundsätzlich so gestaltet werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können. Dabei richtet sich der Umfang der Untersuchungsmaßnahme aber grundsätzlich nach der Aufgabe, die der Leistungsträger, der die Untersuchung veranlasst hat, zu erfüllen hat (§ 96 SGB X Abs. 1).

Qualitätskriterien des Gutachtens sind die formale Gestaltung, sachliche Richtigkeit, Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Transparenz, Vollständigkeit, medizinisch wissenschaftliche Grundlagen sowie Wirtschaftlichkeit. Die Sozialleistungsträger stellen sicher, dass die Begutachtung durch fachlich unabhängige, neutrale und unparteiische Gutachter erfolgt. In der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ (gemäß § 12 Abs. 1 Satz 4 des SGB IX) auf Ebene der BAR haben die Reha-Träger einheitliche Grundsätze zur Begutachtung vereinbart.

Was ist die ICF?

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der Klassifikationen im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben.

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u.a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, den Sozialleistungsträgern, 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.¹ Die ICF klassifiziert keine Personen, sondern beschreibt die Situation einer jeden Person mittels Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Domänen. Darüber hinaus erfolgt die Beschreibung immer im Zusammenhang mit Umwelt- und personbezogenen Faktoren.²

Für die Sozialmedizin von besonderer Bedeutung sind insbesondere noch folgende Aspekte:

- Die ICF ist keine krankheitsspezifische Klassifikation, sondern mit ihr können auf die Funktionsfähigkeit bezogene Befunde und Symptome angegeben werden.
- Die ICF ist kein Assessmentinstrument zur Feststellung der Funktionsfähigkeit, dazu bedarf es anderer standardisierter Methoden und Instrumente zur Beschreibung und Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe.
- Die ICF berücksichtigt grundsätzlich keine Krankheitsprognosen, keine krankheits- oder behinderungsbedingten Gefährdungs- und Belastungsfaktoren.
- Die ICF definiert die Begriffe Leistung und Leistungsfähigkeit für eine weltweit mögliche Vergleichbarkeit anders als sie in der sozialmedizinischen Begutachtung/Beurteilung Verwendung finden müssen.
- Der Begriff „Behinderung“ der ICF ist wesentlich weitergefasst (Oberbegriff für die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit) als im § 2 des SGB IX (Festlegung auf krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Teilhabe und unter weiteren zeitlichen und persönlichen Bedingungen).

„An der ICF orientierte Begutachtung“:

Auch der sozialmedizinischen Begutachtung liegt der bio-psycho-soziale Ansatz des Konzepts der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF zugrunde: Die Komponenten der Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung werden in ihrer Wechselwirkung und unter besonderer Beachtung des gesamten Lebenshintergrundes des betroffenen Menschen beschrieben und sozialmedizinisch bewertet. Dabei sind auch krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen. Ebenso gilt es, die für die Fragestellung relevanten Förderfaktoren oder Barrieren der Kontextfaktoren des Betroffenen zu erkennen und – soweit möglich und zulässig – in die abschließende sozialmedizinische Beurteilung mit einzubeziehen.

Auf einen Nenner gebracht: Es wird z. B. **nicht** die Koronare Herzkrankheit (KHK) begutachtet, **sondern** ein Mensch mit einer individuell ausgeprägten KHK (und zudem möglicherweise verschiedenen weiteren Erkrankungen), die sich auf der Ebene der Körperstrukturen (Herzkranzgefäße) und der damit zusammenhängenden Funktionsschäden (z. B. verminderte Blutauswurfleistung des Herzmuskels) symptomatisch feststellen lässt und individuell unterschiedliche Auswirkungen auf seine Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat.

¹ Dimdi (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Kapitel 3.1 „Geltungsbereich der ICF“.

² Dimdi (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Kapitel 3.2 „Anwendungsbereich der ICF“ und Kapitel 3.3 „Einheiten der Klassifikation“.

Bei Fragestellung zu einer Rente wegen Erwerbsminderung z. B. gilt es, bestimmte Umweltfaktoren besonders zu berücksichtigen (Arbeitsplatzgestaltung, -anforderungen, Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfsmiteinsatz usw.) und auch dafür relevante personbezogene Faktoren zu beachten (Schulbildung, berufliche Qualifikation, Weltanschauung, Kompetenzen, Neigungen usw.), während andererseits z. B. die Verpflichtung zur Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen oder kleiner Kinder nicht zu berücksichtigen sind. Im Gegensatz dazu sind bei der Fragestellung zu einer medizinischen Rehabilitation möglichst alle relevanten Kontextfaktoren zu beachten, um einen Reha-Erfolg zu ermöglichen (z. B. Stellung einer Haushaltshilfe zur Versorgung der Familie während der Rehabilitation, Mitnahme einer Begleitperson, Angehörigenschulung, Stufenweise Wiedereingliederung, Sicherung des Reha-Erfolges durch nachsorgende Maßnahmen).

Es geht also bei der Begutachtung nach ICF nicht um eine ICF-Kodierung von Beeinträchtigungen/Behinderung, zumal bei der Rentenfragestellung eher das verbliebene Leistungsvermögen unter krankheits-/behinderungsbedingt zumutbaren Arbeitsbedingungen („Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“) die entscheidende Rolle spielt und bei der Frage der Rehabilitation letztlich die Ressourcenorientierung die Grundlage der Bewertung ist.

Es ist vielmehr die Beachtung des bio-psycho-sozialen Modells als „Matrix“ der Herangehensweise und der Überlegungen bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung, beim Transfer der medizinischen Tatsachen und Aspekte in die soziale (sozialmedizinische) Bedeutung und Prognose. Die Verwendung der ICF-Begriffe erleichtert dabei die Verständigung mit allen davon Betroffenen. Mit dem Bild des bio-psycho-sozialen Modells im Hintergrund lassen sich die möglichen Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten der ICF auch für die sozialmedizinische Begutachtung leichter erfassen und die für die Fragestellung jeweils relevanten besser beachten.

Diese Aspekte finden ihren Niederschlag in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR vom 01.12.2016.

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist eine wesentliche Grundlage der ICF-orientierten Begutachtung.

Informationsbedarf vs. Datenschutz – Muss der Gutachter alles wissen?

W. Cibis / H.-M. Schian

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachter, Informationsfluss, Datenschutz, Kontextfaktoren

Ein sozialmedizinischer Gutachter muss das in Erfahrung bringen und bewerten, was zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist. Dazu gehören abhängig von der Fragestellung in der Regel die Vorgeschichte und die Befunde / Befundberichte nach medizinischen / sozialmedizinischen Grundlagen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Das bedeutet:

Es ist nicht alles zu erfragen, was der Betroffene macht/machen kann (Aktivitäten), wenn kein Zusammenhang mit dem Gutachtauftrag besteht. Also interessieren in erster Linie die Bereiche, in denen die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen vorhanden (*Körperstruktur und -funktion*) oder wirksam sind oder sein könnten bzw. regelhaft zu erwarten wären (*Aktivitäten und Teilhabe*).

Bei der Begutachtung sind nur die in Bezug zur Funktionsfähigkeit wirksamen (!) *Barrieren* oder *Förderfaktoren* auf Ebene der Umweltfaktoren oder personbezogenen Faktoren zu erfassen. Eine z. B. ziellose Abfrage aller möglichen Aspekte an personbezogenen Faktoren mit einer Checkliste, die die Leistungsfähigkeit nicht betreffende Informationen dokumentiert, ist nicht statthaft. Dabei muss auch immer allen Beteiligten klar sein, dass diese Angaben freiwillig sind und der Betroffene auf die Dokumentation ein Beschränkungsrecht hat.

Alles, was in vertrauensvollem Gespräch zwischen Arzt und Antragsteller unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht vom Gutachter in Erfahrung gebracht wird, darf nicht in jedem Fall automatisch dokumentiert und weitergeleitet werden. Dazu bedarf es grundsätzlich der Einwilligung des Betroffenen (informationelles Selbstbestimmungsrecht).

Die nach § 60ff SGB I erforderliche Mitwirkungs- und Duldungspflicht hebt dieses Recht des Betroffenen nicht auf. Sollten aber erforderliche und nicht durch andere Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns des Sozialleistungsträgers kompensierbare Informationen aufgrund fehlender Mitwirkung bei „duldungspflichtigen“ Untersuchungen nicht zu gewinnen sein, kann dies u.U. zum Versagen der beantragten Sozialleistung führen. Der Betroffene/Antragsteller ist grundsätzlich beweispflichtig dafür, dass die Voraussetzungen für die Sozialleistungen tatsächlich vorliegen, trotz der zudem bestehenden Amtsermittlungspflicht für den Sozialleistungsträger.

Das Erheben von Daten „auf Vorrat“ ist nicht gestattet. Ebenso ist die Bildung einer Zentraldatei mehrerer Leistungsträger für Daten der ärztlich untersuchten Leistungsempfänger nicht zulässig (§ 96 Abs. 3 SGB X).

Eine besondere Diskussion ergibt sich gelegentlich bei der Fragestellung nach den sog. *personbezogenen Faktoren* (Kontextfaktoren) im Zusammenhang mit dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, da hier nicht immer Klarheit besteht, welche Bedeutung die einzelnen Aspekte tatsächlich für die Fragestellung haben. Dass bei einer z. B. infrage stehenden beruflichen Rehabilitation Auskunft über berufliche Eignungen, Interessen und Neigungen, schulische und berufliche Qualifikationen, Sprachkenntnisse, Ausprägung verschiedener Kompetenzen bis hin zur Weltanschauung eine durchaus entscheidende Rolle spielen können, dürfte nachvollziehbar sein. Es dürfte im Interesse sowohl der Solidargemeinschaft, die letztendlich die Maßnahme finanziert, als auch des Betroffenen, der die persönliche berufliche Anstrengungen unternimmt, sein, dass die zeitlichen, finanziellen und sonstigen Ressourcen nicht fehlinvestiert werden.

Bei der Frage z. B. nach einer Rente wegen Erwerbsminderung oder auch anderen Sozialleistungen könnten dagegen bei den Betroffenen vielleicht Zweifel an der Unparteilichkeit und Objektivität des Gutachters aufkommen. Das ärztliche Berufsrecht mit seinen Pflichten für den ärztlichen Gutachter ist der entsprechend wirksame Schutzfaktor gegen ein derartiges Fehlverhalten. Speziell die Kenntnisse von wirksamen und bedeutsamen (!) Barrieren und Förderfaktoren auch im Bereich der personbezogenen Faktoren können dazu führen, dass sachgerechte (und gerechte) Entscheidungen der Leistungsträger ermöglicht werden oder ggf. auch noch (letzte) Möglichkeiten zur Rehabilitation erkannt werden.

Für ein sozialmedizinisches Gutachten dürfen nur die für die Fragestellung erforderlichen Informationen über den Versicherten unter Beachtung des Datenschutzes vorliegen oder beschafft werden.

Wie geht der Ärztliche Sachverständige verantwortlich mit seinem Wissensvorsprung um?

W. Seger

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachter, Wissenselite, Machtelite

Der fachliche Wissensvorsprung des Arztes kann in der Interaktion und Kommunikation mit Patienten zu einem wahrgenommenen Ungleichgewicht führen, welches sich in einer Begutachtungssituation aufgrund möglicher weitreichender Folgen der ärztlichen Beurteilung unter Umständen noch verschärft. Wiederkehrend wird insbesondere von organisierter Betroffenenseite wie auch durch einige Sozialwissenschaftler die Tätigkeit eines Gutachters mit dem Begriff des „Herrschaftswissens“ mit einer negativen Bedeutungszuweisung verbunden.

Der Gutachter gehört soziologisch zu einer „Wissenseelite“, auf die sowohl der Patient wie auch die Sozialverwaltung nicht verzichten können. Der Begriff der „Machtelite“ ist für die Gesamtgruppe der Gutachter ungeeignet und allenfalls i.S. der vom Gesetzgeber gewollten Stabilisierungsfunktion des Sozialversicherungswesens zu verstehen.

Definition des Sachverständigen:

EuroExpert, die „European Organisation for Expert Associations“, definiert den Begriff des Sachverständigen wie folgt: „Der Sachverständige ist eine unabhängige integre Person, die auf einem oder mehreren bestimmten Gebieten über besondere Sachkunde sowie Erfahrung verfügt. Der Sachverständige trifft aufgrund eines Auftrages allgemeingültige Aussagen über einen ihm vorgelegten oder von ihm festgehaltenen Sachverhalt. Er besitzt ebenfalls die Fähigkeit, die Beurteilung dieses Sachverhaltes in Wort und Schrift nachvollziehbar darzustellen.“

Soziologische Grundgedanken zum speziellen Herrschafts- und Elitewissen von Sozialverwaltungen:

Besondere Merkmale eines Gutachters sind somit Fach-Kompetenz und Unabhängigkeit verbunden mit sozialer Kompetenz, wenn es um ärztliche / zahnärztliche oder pflegerische Gutachten geht. Damit ergeben sich bezogen auf die Fragestellung folgende Tatsachen:

- In seiner weitesten und umgangssprachlichen Form bezeichnet das „Herrschaftswissen“ zunächst einen Wissensvorsprung. Dieser ist Ausgangspunkt und Voraussetzung für die Eignung als Gutachter. Zentrales Merkmal ist die nicht allgemeine Verfügbarkeit des Wissens (meist ist eine jahrelange Ausbildung erforderlich). Daraus entstehende Vorteile für die Wissenden bestehen darin, einen Begutachtungsauftrag überhaupt erhalten zu können.
- Möglichem Missbrauch dieses Wissens kann / wird im Sozialversicherungsbereich vorgebeugt (werden durch Transparenz über die durch den Gesetzgeber oder untergesetzliche Regeln (Selbstverwaltungsprinzip in der Sozialversicherung) vorgegebenen Begutachungskriterien sowie berufsrechtlichen und allgemein bekannten begutachtungskundlichen Regeln.
- Begutachtung und daraus folgende Handlungen sind im Sozialrecht grundsätzlich personell getrennt. Damit verfügt der Gutachter über keine Instrumente für eine vermeintliche „Machtausübung“.

- Durch die gesetzlichen und untergesetzlichen Regeln ist die Anwendung der Begutachtungskunde eine Tätigkeit auf wissenschaftlicher Grundlage, die dazu beiträgt, den gesellschafts- und sozialpolitischen Status Quo zu stabilisieren. Insoweit dient sie dem Fortbestand der „Herrschaft“ der demokratischen Grundordnung unserer Gesellschaft.
- In der Soziologie wird der Begriff des Herrschaftswissens synonym zu dem des Elitewissens gebraucht. In „Machteliten“ bestehe Elitewissen nicht vor allem aus Fachwissen, sondern aus der Kenntnis der ‚Spielregeln‘ und des Habitus der herrschenden Klasse, die sehr nützlich seien, die Macht auch auszuüben. Das Gutachterwesen versteht sich selbst i.d.R. nicht als Machtelite wenngleich bestimmte „Spielregeln“ als Gutachter eingehalten werden müssen. Diese sind beispielsweise Neutralität gegenüber dem Auftraggeber wie auch den Klienten. Die Einhaltung der Neutralitätsregel ist gerichtlich überprüfbar. Ein Gutachter agiert jedoch nicht aus eigenem Antrieb, sondern wird i.R. einer Tatsachenfeststellung zur Beantwortung einer fachbezogenen Fragestellung wegen seines Fachwissens von einem Auftraggeber hinzugezogen.

Der Erwerb dieses Spezialwissens ist grundsätzlich jedem Bürger unter bestimmten Bedingungen möglich. Die Kriterien hierfür richten sich nach öffentlich anerkannten und demokratisch legitimierten Kriterien (z. B. Examina zum Erwerb des Abiturs (Schule), des Studienabschlusses (Universität) und der Approbation als Arzt (Staatliche Behörde), der Befugnis zum Führen eines Facharztstitels (Ärztekammer), der Festschreibung der Ausbildungsdauer und Inhalte nebst Abschlussprüfung durch eine Ärztekammer (Weiterbildungsausschuss) zum Erwerb spezieller Begutachtungskunde (z. B. der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin). Insofern handelt es sich durchaus um eine Wissenselite (ohne negative Konnotation), deren Kenntnisse und Erfahrungen gleichermaßen aus Sicht des Patienten wie auch aus Sicht der Sozialverwaltung gefordert werden.

Eine „Machtelite“ könnte sich im soziologischen Sinne dann entwickeln, wenn der Auftraggeber das Gutachten nicht kritisch würdigt, nur überwiegend Gutachter hinzuzieht, deren Gutachtenergebnis weitgehend i.S. des Auftraggebers vorherbestimmt ist oder Gutachter sich gemeinschaftlich mit bestimmten, wissenschaftlich nicht abgesicherten Ansätzen zu nicht nachvollziehbaren Ergebnissen hinreißen lassen, um Aufträge zu gewinnen und andere persönliche Vorteile zu erlangen oder eine von nichtgutachterlich tätigen Kollegen abgehoben-distanzierte Haltung einnehmen, ohne in Demut zweifellos vorhandene gutachtliche Grenzen zu kennen und ggf. transparent aufzuzeigen. Das deutsche Sozialrecht macht mit seinen Vorgaben und inhärenten Kontrollmechanismen (Akten-einsichtsrecht, Widerspruchsbearbeitung, Gerichtliche Klärungskaskade) derartige Ausrichtungen erfahrungsgemäß nahezu unmöglich.

Sozialmedizinische Gutachter gehören – soziologisch betrachtet – einer Wissenselite an, keiner Machtelite.

Welche Rolle spielt der Ärztemangel für die sozialmedizinische Begutachtung?

H. Jehl

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachter, Ärztemangel, Personalressourcen, Sachverständigenrolle

Das Berufsbild des Arztes genießt traditionell ein hohes Ansehen in der Bevölkerung. Das Studium der Humanmedizin erfreut sich in Deutschland seit Jahrzehnten unverändert einer großen Beliebtheit, weshalb der Zugang hierzu durch Numerus clausus bzw. hochschulinterne Vergabeverfahren geregelt/gesteuert wird. Weiterhin zeigen publizierte Statistiken seit Jahrzehnten eine Zunahme der Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte.

Parallel hierzu wurde zunächst in der Fachpresse und wird nunmehr seit Jahren auch in den allgemeinen/öffentlichen Medien von einem drohenden bzw. bereits bestehenden „Ärztemangel“ in Deutschland berichtet. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass dieser Begriff häufig sehr undifferenziert verwendet wird. Es stellt sich die Frage, ob damit im konkreten Fall z. B. ein „absoluter Mangel“ an den Arztberuf ausübenden Personen in Deutschland gemeint ist, ob es sich ggf. um einen „relativen Mangel“, z. B. in der hausärztlichen Versorgung in verschiedenen ländlichen Bereichen oder bei bestimmten medizinischen Fachrichtungen in „sog. mit Fachärzten minderversorgten Gebieten“, handeln könnte. Ebenso wäre zu klären, ob es sich ggf. um einen nur „subjektiv empfundenen Mangel“, z. B. bei aus Patientensicht bereits als „überlang“ empfundenen Wartezeiten bei ihrem Hausarzt oder auf Termine/Terminvereinbarungen bei einem Facharzt oder ggf. auf lange Anfahrtswege zur ärztlichen Behandlung, z. B. bei geringer Facharztdichte in bestimmten Regionen, handelt.

Es ist daher festzustellen, dass der allgemein verwendete Begriff des „Ärztemangels“ ein Sammelsurium unterschiedlicher, z.T. häufig verknüpfter bzw. sich gegenseitig beeinflussender Problemlagen, Ursachen und Auswirkungen beinhaltet und beschreibt. In welchem Umfang in diesem Zusammenhang publizierte Daten und Statistiken ggf. auch „interessengeleitet“ sind oder sein könnten und damit nicht unbedingt zu einer Klärung beitragen können, kann und soll an dieser Stelle nicht eingehender betrachtet werden.

Die folgenden Ausführungen werden sich auf mögliche Ursachen, Auswirkungen und den Versuch von Lösungsansätzen für ärztliche Tätigkeiten im Sachverständigen- und Begutachtungswesen beschränken.

Statistiken über dem Zugang zum Medizinstudium zeigen seit Jahren eine „Verschiebung der Geschlechterverteilung“ von einem in der Vergangenheit eher traditionell männlich geprägten Berufsbild hin zu einer deutlichen Zunahme von Medizinstudentinnen und Ärztinnen. Zwischenzeitlich ist die Mehrzahl Medizinstudierender und des Ärztenachwuchses in Deutschland weiblich – mit entsprechend veränderten Anforderungen und Erwartungen an die Ausübung des Arztberufes.

Befragungen unter Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten berichten nicht unerwartet von einem hohen Stellenwert z. B. bzgl. Vereinbarkeit von Familie (einschl. Familienplanung, Freizeit und Freizeitgestaltung

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

usw.) und Beruf (mit möglichst geregelten Arbeitszeiten). Hinzu kommen auch ein zunehmendes Interesse an Teilzeitbeschäftigung sowie die aufgrund geänderter gesetzlicher Regelungen bestehenden Vorgaben für die Einhaltung von Arbeitszeiten, z. B. die Einführung von Schichtdiensten, Auswirkungen auf Bereitschaftsdienste usw.

Insbesondere haben auch Teilzeitbeschäftigungen z.T. erhebliche Auswirkungen auf die Dauer der Facharztweiterbildungen und führen somit bei diesem Personenkreis unweigerlich zu einem höheren Berufs- und Lebensalter bis zur Erlangung entsprechender Gebiets-/ Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen.

Diese Gegebenheiten sollten eigentlich eine entsprechende Attraktivität und einen Zuspruch an sozialmedizinischen ärztlichen Tätigkeiten (sozialmedizinische Sachverständige) erwarten lassen. Dies entspricht jedoch i.d.R. nicht der realen Situation in der Praxis:

Im Bereich der Sozialversicherungen, ihrer medizinischen Dienste, gutachterlichen Dienste sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst hat sich die Personalsituation in den letzten Jahren i.d.R. nicht wesentlich gebessert. Insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst wird von teilweise über Monate und Jahre nicht besetzten Arztstellen berichtet.

Als Ursachen hierfür zu vermuten sind u.a. ein bei Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten unverändert starkes Interesse an kurativen ärztlichen Tätigkeiten sowie mangelndes Wissen und fehlende Kenntnis von sozialmedizinischen Tätigkeiten und ärztlichen Aufgaben in diesen Bereichen, ggf. infolge entsprechender Defizite bei der Ausbildung im Medizinstudium. Ein nicht unwesentlicher Grund für die Probleme bei der Gewinnung des Gutachter-/Sachverständigen Nachwuchses in der Sozialmedizin dürften auch das Gehaltsgefüge bzw. die z.T. deutlich unterschiedlichen Besoldungssysteme sowohl zwischen den Arztgehältern im klinischen Bereich – im Vergleich zur den sozialmedizinischen Tätigkeitsfeldern – als auch die unterschiedlichen Vergütungssysteme zwischen den verschiedenen Trägern im sozialmedizinischen Bereich darstellen (TVöD, Beamtenbesoldung, Vergütungen nach eigene Haustarifen einzelner Sozialversicherungen etc.).

Die Erstellung medizinischer Sachverständigengutachten, die z. B. letztlich auch einer sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Überprüfung standhalten müssen, setzt somit neben den notwendigen medizinischen Fachkenntnissen und Erfahrungen u.a. die Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift zwingend voraus.

Während Krankenhausträger seit Jahren bereits insbesondere im europäischen Ausland unterschiedlich erfolgreich auf Nachwuchssuche sind, bleibt dieser Weg gutachterlichen Diensten für die Erstellung der Gutachten und Stellungnahmen aufgrund ggf. nicht ausreichender deutscher Sprachkenntnisse ausländischer Ärztinnen und Ärzte daher häufig verwehrt.

Um zukünftig Ärztliche Gutachter und Sachverständige in ausreichender Zahl gewinnen zu können, müssen daher die Rahmenbedingungen entsprechend verändert werden. Neben attraktiver Gestaltung der beruflichen Beschäftigungs- und Arbeitsplatz-Bedingungen ist hier die Aufnahme entsprechender Studieninhalte im Lehrplan des Medizinstudiums (Ausbildungs-/ Approbationsordnung), d.h. eine entsprechende Wissensvermittlung bereits während

FAQ - Sozialmedizinische Begutachtung

des Studiums der Humanmedizin sowie eine angemessene, d.h. z. B. mit den kurativen ärztlichen Tätigkeitsfeldern vergleichbare tarifliche Vergütungen / Besoldungen, zu nennen.

“Ärztemangel“ ist relativ und auch für die sozialmedizinische Begutachtung bedeutsam.

Welche Risiken und Nebenwirkungen birgt der Rehabilitationsprozess?

S. Grotkamp

Schlüsselwörter: Sozialmedizin, Gutachten, Rehabilitation, Risikofaktoren, Nebenwirkungen

Der sozialmedizinischen Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe geht eine Beratung durch die Vertragsärztin, den Vertragsarzt, die Vertragspsychotherapeutin oder den Vertragspsychotherapeuten voraus. Die Beratung erstreckt sich dabei nicht nur auf Ziele, Inhalte, Abläufe und Dauer der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sondern schließt auch eine Aufklärung über mögliche Risiken im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsleistung ein (vgl. dazu z. B. § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder §§ 32 ff. SGB IX).

Es gibt viele Faktoren, die den Rehabilitationsprozess sowohl positiv wie negativ im Sinne von Risiken und Nebenwirkungen, beeinflussen können. Diese sind nicht nur unterschiedlichen Phasen im Rehabilitationsprozess zuzuordnen, sondern auch unterschiedlichen Akteuren, angefangen bei den Gesundheitsprofessionen über die Verwaltung bis hin zum Rehabilitanden.

Vor der Rehabilitation könnten eine stärkere Sensibilisierung hinsichtlich des Erkennens von Bedarfen sowie spezifische Qualifikationen der Gesundheitsprofessionen (vor allem der Hausärzte sowie des Personals in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) helfen, vorhandene Rehabilitationspotenziale zu identifizieren.

Nachgehend ist es trotz eines auf Seiten der Rehabilitationsträger unterschiedlichen Verständnisses zu nachgehenden Leistungen/Nachsorge unumstritten, dass es notwendig ist, die Effekte der Rehabilitation zu verstetigen. Dazu zählt auch die Übertragung der in der medizinischen Rehabilitation erzielten Effekte in das häusliche Umfeld und an den Arbeitsplatz.

Hintergrund

Die Begriffe „Risiko“ und „Nebenwirkung“ im Zusammenhang mit medizinischer Rehabilitation bedürfen für die nachfolgenden Ausführungen zunächst einmal der inhaltlichen Zuordnung.

Anders als bei Medikamenten gibt es für die Wirksamkeit komplexer Maßnahmen, wie einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, nur wenige Studien mit hohem Evidenzlevel. Veränderungen auf krankheits-/ behinderungsbedingte Auswirkungen der Rehabilitation zugrundeliegenden Diagnose können nicht zweifelsfrei auf die Intervention zurückgeführt werden. Unabhängig davon lassen sich aber sowohl Risiken in den unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses (vor, während und nach der Reha) als auch nicht intendierte Veränderungen (Nebenwirkungen) beim Rehabilitanden durch die Maßnahme selbst benennen und sollten soweit wie möglich minimiert werden.

Risikofaktoren für die unterschiedlichen Phasen des Rehabilitationsprozesses

Vor der Rehabilitation:

- Der Bedarf wird im vertragsärztlichen Bereich nicht erkannt, weil der Arzt z. B. im Rahmen seiner Aus-/Weiter- und Fortbildung nicht oder nicht ausreichend für diese Thematik sensibilisiert wurde.
- Der Bedarf kann nicht erkannt werden, da z. B.
 - sich der Patient aus Gründen der Negation, Problemen am Arbeitsplatz, fehlendem Gesundheitsbewusstsein, Zeitmangel etc. nicht in ärztliche Behandlung begibt.
 - der Patient kein Vertrauen in die Schulmedizin hat und sich selbst behandelt oder alternative Behandlungsformen vorzieht.
- Der Bedarf wird erkannt,
 - aber nicht ausreichend transparent und plausibel dargestellt, sodass dem Antrag nicht entsprochen und der Patient trotz bestehender Indikation keinen Widerspruch gegen den Leistungsentscheid führen will oder dazu evtl. auch nicht in der Lage ist (alt, sehr krank, kognitiv eingeschränkt etc.).
 - die Reha-Ziele des verordnenden Arztes lassen sich aber nicht mit den Wünschen des Patienten in Einklang bringen, sodass es nicht oder fachlich nicht transparent und nachvollziehbar zur Antragstellung kommt.
 - die Information wird aber aus Gründen des Datenschutzes nicht weitergegeben.
 - die Einleitung verzögert sich aber so sehr, dass der Patient zwischenzeitlich akut behandlungsbedürftig wird.

Während der Rehabilitation:

Leistungen während der Maßnahme, die von den Reha-Trägern einer externen Qualitätssicherung unterzogen werden, sollen nicht Gegenstand dieser Betrachtung sein. Stattdessen erfolgt die Fokussierung auf durch die Rehabilitationseinrichtung nur indirekt beeinflussbare Gegebenheiten, z. B.

- Die Zuweisung in die Rehabilitation ist medizinisch nicht sachgerecht (falsche Indikation bzw. falscher Versorgungsbereich).
- Die Rehabilitationsfähigkeit ist bei noch nicht ausreichender Rekonvaleszenz/Wundheilung eingeschränkt, sodass Therapien nicht in der vorgesehenen Intensität durchgeführt werden können oder interkurrente Infekte diese negativ beeinflussen.
- Seitens der Rehabilitanden existiert
 - eine unrealistische Einschätzung für die Erreichbarkeit der gesetzten Ziele
 - eine falsche Vorstellung von der notwendigen Mitwirkung bei den Therapien (aktiv vor passiv)
 - keine Einsicht und/oder Motivation hinsichtlich einer Verhaltensänderung in Bezug auf gesundheitsbewusstes Verhalten und langfristige Änderungen des Lebensstils.
 - keine Akzeptanz hinsichtlich der Rahmenbedingungen (ambulant vor stationär, Qualität wichtiger als geographische Lage, fehlende Möglichkeiten der Flexibilisierung der Rehabilitation).

Nach der Rehabilitation:

Aspekte, die das intendierte Ziel ungünstig beeinflussen können, sind z. B.:

- Trägerübergreifende Anforderungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistung sind einerseits zu wenig konkret bzw. lassen zu wenig Gestaltungsspielraum für innovative Ansätze, beispielsweise hinsichtlich einer Flexibilisierung.
- Strukturelle Gegebenheiten in der Reha-Einrichtung verhindern flexible Abläufe mit der Möglichkeit, den im Einzelfall notwendigen Transfer von Therapie-/Reha-Zielen in den Alltag herzustellen.
- Die in der Rehabilitation eingeleiteten Verhaltensänderungen werden aufgrund ungünstiger oder fehlender Kontextfaktoren (Umwelt- wie personbezogene Faktoren) nicht fortgeführt.
- Es findet eine je nach Träger unterschiedliche oder keine Begleitung des Rehabilitanden zur Stabilisierung des Reha-Erfolges statt (Nachsorge).
- Der Einsatz unterschiedlicher Ansätze/Ansprache (paper/pencil oder online Befragung, Telefoninterview/-coaching, herkömmliches oder webbasiertes Verhaltenstraining) zur Festigung des Rehabilitationserfolges ist bislang nur Gegenstand von Forschungsprojekten.

Nebenwirkungen der Rehabilitationsmaßnahme in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur des Rehabilitanden:

Während der Rehabilitation wird/kann beim Rehabilitanden

- ein Fehlanreiz ausgelöst, beispielsweise dahingehend, dass dieser annimmt, die Intensität erhaltener Therapien sei auch nach der Rehabilitation in gleicher Dichte oder die therapeutische Begleitung auch weiterhin für den Genesungsprozess erforderlich und nicht durch eigenverantwortliches Handeln zu ersetzen.
- die Krankheitsbewältigung durch intensive Aufklärung und Konfrontation mit schwerer betroffenen Personen in Richtung Nihilismus beeinträchtigt werden.
- die Umsetzung der nachgehenden/weiterführenden Empfehlungen im Entlassungsbericht als alternativlos angesehen und aufgrund der Anspruchshaltung nicht nur einen Konflikt mit dem weiterbehandelnden Arzt auslösen, sondern auch eine Medikalisierung und damit nicht erforderliche ökonomische Belastung der Solidargemeinschaft nach sich ziehen kann.
- der intensive Kontakt zum Arzt oder Therapeuten mit der Möglichkeit, sich mitzuteilen, auch nach der Maßnahme zu einer unnötig vermehrten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Zunahme ärztlicher Konsultationen führen.
- durch die umfassende Aufklärung zu Behandlungsoptionen seitens der unterschiedlichen Professionen eine unangemessene Verantwortungsübertragung an Ärzte/Therapeuten und das Gesundheitswesen insgesamt resultieren.

Auch im Rehabilitationsprozess bestehen vom Antrag über die Durchführung bis zur Nachsorge zahlreiche Risikofaktoren und mögliche Nebenwirkungen.

Notizen

Notizen

Verzeichnis der Mitwirkenden (alphabetisch)

Dr. med. Andreas Bahemann

Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Dipl.-Med. Katrin Breuninger

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen

Dr. med. Wolfgang Cibis

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Frankfurt

Dr. med. Sabine Grotkamp

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen, Hannover

Dr. med. Hermann Jehl

Bundesverband der Ärzte/innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Berlin

Dr. med. Hans-Martin Schian

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), Heidelberg

Prof. Dr. med. Wolfgang Seger

Vorsitzender des Sachverständigenrats der Ärzte der BAR e.V., Frankfurt

Dr. med. Ina Ueberschär

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Leipzig

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Frankfurt

Dr. phil. Dipl.-Psych. Teresia Widera

Reha

Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.



REHA
Grundlagen

Reha

Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.



REHA
Vereinbarungen

Reha

Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.



REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten. Darunter z. B. Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Orientierungsrahmen.



BAR
Report



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

