

# Begutachtung

## Gemeinsame Empfehlung



# Impressum

---

## Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)

Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main

Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29

[info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de) | [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.

Frankfurt am Main, November 2023

ISBN 978-3-943714-77-7

## Anmerkung:

Wir schätzen Diversität sehr und verwenden daher eine gendersensible Sprache. In Einzelfällen ist dies aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

## Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.



Gemeinsame Empfehlung  
nach § 26 Abs. 1 i.V.m. § 25  
Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die  
Durchführung von Begutach-  
tungen möglichst nach einheit-  
lichen Grundsätzen

# Vorwort

---

Die Begutachtung nach § 17 SGB IX spielt eine zentrale Rolle in der umfassenden Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs. Sie ist damit eine Voraussetzung für passgenaue Leistungen zur Teilhabe und die bestmögliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Zum 1. November 2023 ist die überarbeitete Gemeinsame Empfehlung in Kraft getreten. Darin wurden bestehende Vereinbarungen aktualisiert und mit Blick auf die Praxis weiterentwickelt. Die Änderungen betreffen vor allem folgende Aspekte:

- 1. Multidisziplinärer Ansatz:** Verschiedene Fragestellungen erfordern unterschiedliche Expertisen. Deshalb sind ab jetzt neben ärztlichen sozialmedizinischen Gutachten auch psychologische Gutachten und Gutachten der Sozialen Arbeit in der Gemeinsamen Empfehlung verankert. Dies bedeutet, dass verschiedene Fachrichtungen und Disziplinen in die Begutachtung einbezogen werden können, um eine ganzheitliche Beurteilung zu ermöglichen. Dabei können die Gutachten sowohl allein für sich stehen, als auch mehrere Expertisen umfassen.
- 2. Allgemeine Regelungen:** Übergeordnete Regelungen, die für alle Gutachten gelten, sind nun im allgemeinen Teil der Gemeinsamen Empfehlung aufgeführt.
- 3. Besondere Regelungen:** Der besondere Teil umfasst Regelungen für ärztliche sozialmedizinische sowie psychologische Gutachten und Gutachten der Sozialen Arbeit. Dazu gehören Qualifikationsanforderungen der Sachverständigen, Anlässe, Inhalte und Anforderungen der jeweiligen Gutachten.
- 4. Trägerübergreifende Qualitätsstandards:** Mit der Überarbeitung werden Qualitätsstandards beschrieben, die trägerübergreifend für ärztliche sozialmedizinische, psychologische Gutachten und Gutachten der Sozialen Arbeit gelten. Diese werden die Konsistenz und Qualität der Gutachten in allen Bereichen fördern.

Die Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung wird dazu beitragen, die Praxis der Begutachtung vielfältiger und qualitativ hochwertiger zu gestalten, um den Anforderungen an eine individuelle und bedarfsgerechte Bedarfsermittlung gerecht zu werden.

Die BAR-Geschäftsstelle bedankt sich ausdrücklich bei allen, die sich bei der Überarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlung engagiert haben und durch ihre Expertise zu dem vorliegenden Ergebnis beigetragen haben.



Gülcan Miyanyedi  
Geschäftsführerin der BAR

# Inhalt

---

Vorwort	4
Präambel	6
<b>Allgemeiner Teil</b>	<b>8</b>
§ 1 Ziel und Anlass der Begutachtung	8
§ 2 Begutachtung, Erstellung des Gutachtens	9
§ 3 Beteiligung der zu begutachtenden Personen	10
§ 4 Das Gutachten	11
§ 5 Sachverständige	12
<b>Besonderer Teil</b>	<b>13</b>
<b>Teil 1 Das ärztliche sozialmedizinische Gutachten</b>	<b>13</b>
§ 6 Definition und Anlässe	13
§ 7 Ärztliche sozialmedizinische Sachverständige	14
§ 8 Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose	14
§ 9 Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen sozialmedizinischen Gutachtens	14
<b>Teil 2 Das psychologische Gutachten</b>	<b>19</b>
§ 10 Definition und Anlässe	19
§ 11 Psychologische Sachverständige	19
§ 12 Gliederung und Anforderungsprofil des psychologischen Gutachtens	20
<b>Teil 3 Das Gutachten der Sozialen Arbeit</b>	<b>23</b>
§ 13 Definition und Anlässe	23
§ 14 Sachverständige der Sozialen Arbeit	23
§ 15 Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens der Sozialen Arbeit	24
<b>Schlussvorschriften</b>	<b>26</b>
§ 16 Datenschutz	26
§ 17 Berichterstattung	26
§ 18 Inkrafttreten	26
Verzeichnis der Mitwirkenden	27
Weiterführende Literatur	28

## Präambel

Eine umfassende Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 13 SGB IX ist entscheidend für den Erfolg des gesamten Rehabilitationsprozesses und ein wichtiger Schritt für eine gelingende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup> am Leben in der Gesellschaft. Ein relevanter Baustein einer umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung der Rehabilitationsträger ist die Begutachtung i.S.v. § 17 SGB IX.

Die vorliegende Gemeinsame Empfehlung stellt die Fragestellung im Rahmen der Begutachtung in den Mittelpunkt, die durch die entsprechende wissenschaftliche Expertise eines bzw. einer geeigneten Sachverständigen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychologinnen und Psychologen oder der Fachkräfte Sozialer Arbeit<sup>2</sup> beantwortet werden soll. Bei jeder Begutachtung ist es wichtig, die individuellen Ziele, Ressourcen und Barrieren der zu begutachtenden Personen im Rahmen eines partizipativen Vorgehens zu berücksichtigen und adäquat zu erfassen. Leistungen können so individualisierter und passgenauer an den Rehabilitationsträger empfohlen werden.

Unter Bezugnahme auf Art. 26 Abs. 1 Buchst. a) UN-Behindertenrechtskonvention sollen „Leistungen und Programme [...] auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen“. Vor diesem Hintergrund wird der Begutachtung im Rahmen dieser Gemeinsamen Empfehlung ein multidisziplinärer Ansatz zu Grunde gelegt, der ärztliche sozialmedizinische und psychologische Gutachten, sowie Gutachten der Sozialen Arbeit berücksichtigt, sofern dies die Fragestellung erfordert.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und das ihr zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell der WHO unterstützen eine umfassende Betrachtung von Gesundheitsproblemen und deren Auswirkungen im realen Lebens- und Arbeitskontext und sind zudem Grundlage einer umfassenden, individuellen und funktionsbezogenen Bedarfsermittlung (vgl. § 36 GE Reha-Prozess). Aus diesem Grund wird die ICF für die Gliederung des Gutachtens als konzeptionelles Bezugssystem herangezogen. Hierdurch wird der Fokus auf die Wechselwirkungen zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem, dessen Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe und den für die Funktionsfähigkeit relevanten Einflüssen aus dem jeweiligen individuellen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) gelegt und systematisch betrachtet. In der ICF-Version für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) werden die Besonderheiten der Lebenswelten und der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt und zum Beispiel Bereiche wie Lernen, Spielen und Nahrungsaufnahme einbezogen.

Das Gesundheitsproblem selbst ist kein integraler Bestandteil/Komponente der ICF. Die ICF ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Zur Verschlüsselung von Diagnosen dient weltweit die ICD.<sup>3</sup>

-----  
<sup>1</sup> Nachfolgend wird im Sinne des SGB IX die Formulierung „Menschen mit Behinderungen“ verwendet. Damit sind auch „von Behinderungen bedrohte Menschen“ gemeint.

<sup>2</sup> Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

<sup>3</sup> Die derzeit gültige Revision ist die ICD-11, die seit 01. Januar 2022 in der englischen Version in Kraft ist. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung in Deutschland können derzeit noch keine Aussagen getroffen werden.

---

Im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger sollen Begutachtungen i.S.d. Gemeinsamen Empfehlung möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Auf diese Weise wird es allen beteiligten Rehabilitationsträgern ermöglicht, dass die gutachterlichen Ergebnisse bzw. Ausführungen im Rahmen der Bedarfsermittlung auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwenden werden können.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen

unter Mitwirkung der:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter,
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung.

## Allgemeiner Teil

### § 1 Ziel und Anlass der Begutachtung

**(1)** Geht ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ein und ist die Zuständigkeit nach § 14 SGB IX festgestellt, ist der leistende Rehabilitationsträger zur umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung verpflichtet. Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger gemäß § 13 SGB IX systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente).

Diese haben nach § 13 Abs. 2 SGB IX insbesondere folgenden Fragen nachzugehen:

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

**(2)** Die Begutachtung i.S.v. § 17 SGB IX ist ein Instrument der Bedarfsermittlung.<sup>4</sup> Die in dem Gutachten ermittelten Teilhabebedarfe bzw. getroffenen Ausführungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt.

**(3)** Im Rahmen einer Begutachtung sind alle individuell relevanten positiven und negativen Einflüsse (Kontextfaktoren) auf das Gesundheitsproblem zu berücksichtigen, um Ressourcen bestmöglich zu nutzen und den Abbau von Barrieren erreichen zu können.<sup>5,6</sup> Es muss gewährleistet sein, dass bei der Begutachtung die vom Auftraggeber gestellten Fragen umfassend im Rahmen eines partizipativen Vorgehens (vgl. § 3) beantwortet werden.

**(4)** Die Rehabilitationsträger prüfen die vorliegenden Informationen und entscheiden bei offenen Fragestellungen,

- ob ein Gutachten für die Bedarfsermittlung und -feststellung erforderlich ist (§ 14 Abs. 2 S. 1–3 SGB IX),
- welche Expertise für die Beantwortung der Fragen benötigt wird und
- formulieren konkrete Fragestellungen.

Auf Basis dieser Fragestellungen wird eine geeignete Sachverständige bzw. ein geeigneter Sachverständiger nach § 17 Abs. 1 SGB IX beauftragt. Bei einer Mehrheit von Reha-Trägern nach § 15 SGB IX gilt § 17 Abs. 3 SGB IX.

**(5)** Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, des Medizinischen Dienstes nach § 275 SGB V und die gutachterliche Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 SGB IX bleiben unberührt (vgl. § 17 Abs. 3 SGB IX).

4 vgl. u.a. § 35ff. GE Reha-Prozess

5 vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit und der Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. zu den personbezogenen Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO.

6 Arbeitshilfe „Kontextfaktoren“, siehe Seite 28.

### § 2 Begutachtung, Erstellung des Gutachtens

**(1)** Die Begutachtung ist allgemein der Prozess der Ermittlung und/oder Erhebung von relevanten Informationen für die jeweilige Fragestellung und deren fachliche Auswertung und Beurteilung durch eine Sachverständige bzw. einen Sachverständigen. Es ist sicherzustellen, dass die einzelnen Sachverhalte jeweils mit gebotener Expertise und somit von Sachverständigen aus den jeweils involvierten Fachgebieten oder -disziplinen beantwortet werden. Der Prozess der Begutachtung erfolgt grundsätzlich im Rahmen eines partizipativen Vorgehens (vgl. § 3 Abs. 1).

**(2)** Das Gutachten wird auf der Grundlage vorhandener Unterlagen/Informationen erstellt. Wenn ersichtlich ist, dass vorliegende Unterlagen/Informationen nicht ausreichend sind, werden weitere Ermittlungen durch den Rehabilitationsträger durchgeführt.<sup>7</sup> Muss die Beurteilung auf Basis nicht ausreichender Informationen erstellt werden, ist dies zu dokumentieren.

**(3)** Die inhaltlichen Grundsätze für die Durchführung von Begutachtungen im Rahmen dieser Gemeinsamen Empfehlung basieren auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO und entsprechen den Grundsätzen der Bedarfsermittlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX i.V.m. §§ 35–46 GE Reha-Prozess.

**(4)** Die Begutachtung erfolgt i.S.d. § 36 Abs. 1 S. 1 GE Reha-Prozess umfassend in Bezug auf die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung und zugleich individuell und funktionsbezogen.

- Individuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die relevanten Einflüsse aus dem jeweiligen individuellen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) der aktuellen Lebenssituation der zu begutachtenden Person zu ermitteln sind.
- Funktionsbezogen ist eine Begutachtung dann, wenn die Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und den Krankheitsauswirkungen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe) unter Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren (Kontextfaktoren) betrachtet werden. Funktionsfähigkeit wie auch Behinderung sind in diesem Ansatz das Ergebnis positiver oder negativer Einflüsse aus dem Lebenshintergrund einer Person. Die funktionsbezogene Prognose berücksichtigt dabei die bestmögliche Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Unterstützungsbedarfe.

**(5)** Die Erstellung des Gutachtens erfolgt auf Basis einer persönlichen Befragung oder Untersuchung oder nach Aktenlage. Letzteres erfolgt, wenn die für die Schlussfolgerungen notwendigen Angaben (z. B. durch Selbstauskünfte oder Selbstauskunftsbögen) und Befunde vorliegen oder ermittelt werden können. Unabhängig von der gewählten Vorgehensweise muss das Gutachten den im Weiteren definierten Qualitätsanforderungen entsprechen.

**(6)** Bei der Erstellung des Gutachtens sind Doppelbegutachtungen zu vermeiden, z. B. kann je nach Gutachtenauftrag bei Teilen der Sachaufklärung auf bereits vorliegende Gutachten Bezug genommen werden. Ebenfalls können auch bereits vorhandene Informationen, z. B. Gutachten anderer Sachverständiger, herangezogen werden, solange die Bewertung des Sachverhalts auf Basis der eigenen wissenschaftlichen Expertise und Fachkunde erfolgt.

-----  
<sup>7</sup> vgl. hierzu auch § 20 SGB X, §§ 5 und 27 Abs. 2 GE Reha-Prozess.

(7) Über die Beantwortung der trägerspezifischen Fragestellung hinaus werden, bei Vorliegen oder Bekanntwerden entsprechender Anhaltspunkte, zumindest summarisch<sup>8</sup> auch Hinweise auf Leistungen anderer Träger gegeben, sofern sie für die umfassende Bedarfsfeststellung erforderlich sind.

(8) Gutachten sollten qualitätsgesichert sein, z. B. durch Peer-Review-Verfahren oder Befragungen der begutachteten Personen.

### § 3 Beteiligung der zu begutachtenden Personen

(1) Die Begutachtung zeichnet sich durch ein partizipatives Vorgehen aus. Das bedeutet, das gesamte Verfahren wird unter aktiver Beteiligung, und Einbindung der zu begutachtenden Personen bestimmt. Zu einem partizipativen Vorgehen gehören z. B.

- persönliche Gespräche vor Ort, durch das Telefon oder durch eine Videokonferenz,
- Selbstauskünfte (nach vorheriger Aufklärung über die Verwendung), sowie ggf. auch ergänzende Informationen durch Dritte (eine Zuschreibung und Bewertung von personbezogenen Faktoren als Einflussfaktoren auf die Funktionsfähigkeit durch Dritte ist nicht zulässig, sofern sie ohne Kenntnis und ohne Einvernehmen mit der betroffenen Person erfolgt).

(2) Die Barrierefreiheit nach § 17 Abs. 4 SGB IX gilt insb. für die Begutachtung mit persönlicher Befragung/Untersuchung und den Zugang zu Sachverständigen und für Selbstauskunftsbögen.

(3) Die Begutachtung mit persönlicher Befragung/Untersuchung findet in einer wertschätzenden Atmosphäre auf Augenhöhe statt. Die zu begutachtende Person wird als Expertin bzw. Experte in eigener Sache akzeptiert. Je nach Erfordernis ist z. B. auf Leichte Sprache, Gebärden- oder Schriftdolmetschung oder auch auf die Berücksichtigung von Einschränkungen aufgrund einer Sehbehinderung zu achten.

(4) Während einer persönlichen Befragung oder Untersuchung kann auf Wunsch der zu begutachtenden Person eine Vertrauensperson anwesend sein, sofern die objektive Informationsgewinnung dadurch nicht beeinträchtigt wird.

(5) Im Rahmen des partizipativen Vorgehens fließen auch Selbstauskünfte, persönlich oder durch strukturierte Selbstauskunftsbögen, in die Begutachtung ein. Diese ermöglichen u. a. eine individuelle und passgenaue Ermittlung der Leistungen und können so das Verfahren unterstützen. Ziele von Selbstauskünften sind z. B.

- eine verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen bzw. Bedarfen der betroffenen Menschen,
- eine Verbesserung des Informationsflusses oder eine Erleichterung der Begutachtung,
- die Ergänzung einer Begutachtung mit einer Untersuchung (in Verbindung mit vorliegenden medizinischen und/oder weiteren Unterlagen),
- eine bessere Vorbereitung der zu begutachtenden Person auf die Begutachtung, sowie eine bessere Einbindung in die Begutachtung.

---

<sup>8</sup> vgl. § 27 Abs. 3 GE Reha-Prozess: Summarische Prüfung bedeutet eine überschlägige, auf das Wesentliche beschränkte Prüfung. Ausreichend ist dabei zum Zeitpunkt der Prüfung unter Heranziehung der erreichbaren Unterlagen eine begründete Möglichkeit, dass eine Zuständigkeit bzw. ein Bedarf nach einem anderen Leistungsgesetz besteht.

## § 4 Das Gutachten

**(1)** Allgemein sind Gutachten das dokumentierte Ergebnis einer Begutachtung durch eine Sachverständige oder einen Sachverständigen, in dem die Fragen des Auftraggebers begründend beantwortet werden. Wesentliches Merkmal eines jeden Gutachtens ist, dass es eine wissenschaftlich begründete Schlussfolgerung enthält, die überprüft und nachvollzogen werden kann. Die Fragen des Auftraggebers sind umfassend zu beantworten, jedoch nicht über die eigentliche Fragestellung hinaus (vgl. § 16).

**(2)** Im Gutachten wird ein Sachverhalt im Hinblick auf eine Fragestellung unter Berücksichtigung der vereinbarten Qualitätskriterien umfassend geklärt und (§ 4 Abs. 7) transparent dargestellt. Das Gutachten muss Klarheit, Unparteilichkeit und methodische Korrektheit aufweisen. Je nach Fragestellung kann es sich beispielsweise um ein ärztliches sozialmedizinisches, psychologisches oder in entsprechender Anwendung des § 17 Abs. 2 SGB IX auch um ein Gutachten der Sozialen Arbeit<sup>9</sup> handeln. Auch Gutachten durch andere Berufsgruppen sind grundsätzlich möglich.<sup>10</sup>

**(3)** Umfang und Art des Gutachtens (Formulargutachten, Aktenlagegutachten, Stellungnahme oder Gutachten mit persönlicher Befragung/Untersuchung) sind abhängig von der zugrundeliegenden Fragestellung.

**(4)** Das Gutachten soll auch Hinweise dahingehend enthalten, mit welchen Mitteln und mit welcher Erfolgsaussicht die in § 4 Abs. 1 Nr. 1–4 SGB IX aufgeführten Ziele für Menschen mit Behinderungen realisiert werden können, wenn die entsprechende Fragestellung dies beinhaltet.

**(5)** Ein Gutachten ist nach folgender Gliederung zu strukturieren:

- I. Formaler Rahmen (u. a. Nennung des Gutachtauftrags etc.)
- II. Grundlage der Begutachtung (Anknüpfungstatsachen)
- III. ggf. fachliche Fragestellungen
- IV. Anamnese, Diagnostik und Befunde
- V. Fachliche Würdigung und Beantwortung der Gutachtenfrage
- VI. Empfehlungen

**(6)** Das Gutachten muss für seinen Bestimmungszweck und für die Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs geeignet sein und die zulässigen Fragen des Auftraggebers angemessen beantworten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu berücksichtigen.

**(7)** Qualitätskriterien des Gutachtens sind:

- formale Gestaltung,
- Plausibilität,
- Verständlichkeit,
- Nachvollziehbarkeit,
- Transparenz,
- Vollständigkeit,
- korrekte Anwendung wissenschaftlicher Grundlagen,
- klare Trennung zwischen Darstellung und Bewertung.

9 Soziale Arbeit umfasst sowohl die Sozialarbeit als auch Sozialpädagogik. Im Folgenden wird der Begriff „Gutachten der Sozialen Arbeit“ verwendet.

10 Dahingehende Entwicklungen können perspektivisch geprüft werden.

Im Gutachten sind die maßgeblichen Beurteilungsgrundlagen und die trägerübergreifenden Aspekte mitsamt den eigenen Erhebungen und Untersuchungsergebnissen abzuhandeln. Die dem bzw. der Sachverständigen vorliegenden Materialien und Informationsquellen sind, sofern aus Sicht des jeweiligen Rehabilitationsträgers erforderlich, zu benennen. Das Gutachten soll grundsätzlich nach der allgemeinen Gliederung (vgl. § 4 Abs. 5) aufgebaut sein, Spezifika sind in den besonderen Teilen geregelt.

**(8)** Die Profession der bzw. des Sachverständigen muss klar benannt und im Gutachten dokumentiert werden. Die jeweilige Profession sollte sich schon aus der Bezeichnung des Gutachtens ergeben, z. B. ärztliches sozialmedizinisches oder psychologisches Gutachten oder Gutachten der Sozialen Arbeit.

### § 5 Sachverständige

**(1)** Eine Sachverständige oder ein Sachverständiger stellt spezielle Fachkenntnisse zur Verfügung über die der Auftraggeber selbst nicht verfügt und die dieser für seine Entscheidungsfindung im Rahmen der Bedarfsermittlung und -feststellung (vgl. § 1) benötigt. Ein:e Gutachter:in ist ein:e Sachverständige:r, der bzw. die für einen Auftraggeber ein Gutachten erstellt.

**(2)** Der bzw. die Sachverständige muss die Frage(n) des Auftraggebers umfassend beantworten können. Sachverständige können unterschiedliche Professionen haben, z. B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pädagoginnen und Pädagogen.

**(3)** Eine für die konkrete Fragestellung geeignete Sachverständige oder ein geeigneter Sachverständiger ist eine Person, die aufgrund ihrer bzw. seiner wissenschaftlichen Expertise, Fachkompetenz und persönlichen Eignung und Erfahrung diese Fragestellung beantworten kann, z. B.

- ärztliche Sachverständige in Bezug auf Gesundheitsprobleme jeglicher Art,
- psychologische Sachverständige in Bezug auf psychologische Fragestellungen und mit Approbation als psychologische Psychotherapeutin und/oder psychologischer Psychotherapeut auch zu Gesundheitsproblemen mentaler Genese oder
- Sachverständige der Sozialen Arbeit im Hinblick auf Kontextfaktoren und ihre Bedeutung für die Teilhabe.

**(4)** Die Kompetenz zur Erstellung von Gutachten wird durch ein abgeschlossenes einschlägiges Hochschulstudium erworben. Ergänzend ist anschließend eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung oder eine supervidierte Berufserfahrung/Praxis erforderlich, welche zur Erstellung von Gutachten qualifiziert. Besondere Anforderungen sind in den besonderen Teilen dieser Gemeinsamen Empfehlung geregelt.

**(5)** Die Sachverständigen haben in ihrer Funktion fachlich weisungsfrei, unparteiisch und objektiv zu sein und die für ihre jeweilige Fachdisziplin geltenden Berufsordnungen und Standards zu berücksichtigen. Die jeweils maßgeblichen Vorgaben zum Datenschutz, wie solche des Sozialdatenschutzes und die Schweigepflicht von Berufsgeheimnisträgern (vgl. § 203 StGB), sind zu beachten (vgl. auch § 16).

## Besonderer Teil

### Teil 1 Das ärztliche sozialmedizinische Gutachten

Sozialmedizinische Gutachten werden von Ärztinnen und Ärzten mit sozialmedizinischer Zusatzqualifikation oder Zusatzweiterbildung „Sozialmedizin“ der Bundesärztekammer (BÄK) oder Curriculum „Sozialmedizin“ basierend auf der (Muster-)Weiterbildungsordnung<sup>11</sup> erstellt.

Umfassende sozialmedizinische Gutachten zur Bedarfsermittlung werden von oder unter Verantwortung der ärztlichen Berufsgruppe erstellt. Weitere Berufsgruppen können entsprechend ihrer Fachexpertise unterstützen.

Ärztliche Sachverständige erstellen Gutachten in Bezug auf Gesundheitsprobleme jeglicher Art. Dieses schließt auch Fragestellungen in Bezug auf die psychische Gesundheit ein.

#### § 6 Definition und Anlässe

**(1)** Ein ärztliches sozialmedizinisches Gutachten beantwortet Fragestellungen im Hinblick auf Gesundheit, Behinderung und Krankheit vor dem Hintergrund relevanter Wechselwirkungen zwischen einer Person und ihrem Kontext. Das Gutachten berücksichtigt alle relevanten, mit dem führenden Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden medizinischen Gesichtspunkte (z. B. Komorbiditäten und Behinderungen) und strukturiert sowohl die Auswirkungen des Gesundheitsproblems als auch die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO. Grundlagen sind ferner die sozialgesetzlichen Prinzipien mit dem Ziel eines selbstbestimmten Lebens. Sozialmedizinische Empfehlungen sollen sich am gesamten Spektrum sozialrechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten orientieren.

**(2)** Ein ärztliches sozialmedizinisches Gutachten ist dann angezeigt, wenn für die Beantwortung der Fragen zum führenden Gesundheitsproblem neben den medizinischen Kenntnissen auch die Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der betroffenen Person auf die krankheits- und behinderungsbedingten Beeinträchtigungen bewertet werden müssen. Erst durch die Bewertung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und den für sie relevanten Kontextfaktoren lassen sich das Ausmaß der Behinderung und die erforderlichen Interventionen festlegen, um den im Einzelfall bedeutsamen krankheits- und behinderungsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen unter Berücksichtigung sozialrechtlicher Möglichkeiten entgegenzuwirken.

**Beispielsweise** kann einer Arbeitsunfähigkeit bei einer depressiven Episode sowohl eine psychische Genese als auch eine somatische Erkrankung, z. B. eine Hypothyreose zugrunde liegen. In diesen Fällen sind nicht nur die Behandlungsansätze vollkommen verschieden, sondern auch die Einflüsse aus dem Lebenshintergrund unterschiedlich zu bewerten.

-----  
<sup>11</sup> Ablegen der theoretischen Kurse, die an den sozialmedizinischen Akademien angeboten werden.

### § 7 Ärztliche sozialmedizinische Sachverständige

(1) Ärztliche sozialmedizinische Gutachten können ausschließlich von Personen erstellt werden, die über eine Approbation in der Humanmedizin und eine Facharztqualifikation bzw. eine mindestens vierjährige klinische Erfahrung verfügen. Zusätzlich sollte die bzw. der Sachverständige über die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ verfügen oder zumindest die für die Erlangung notwendigen Kurse der Zusatzweiterbildung (ZWB) „Sozialmedizin“ der BÄK absolviert haben.

### § 8 Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose

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

#### Rehabilitationsbedürftigkeit

Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn infolge einer Schädigung der Körperfunktionen (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung von personbezogenen und Umweltfaktoren die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist.

#### Rehabilitationsfähigkeit

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

#### Rehabilitationsprognose und -ziele

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen der mit dem Menschen mit Behinderungen abgestimmten Teilhabeziele:

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

### § 9 Gliederung und Anforderungsprofil des ärztlichen sozialmedizinischen Gutachtens

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

- (1) Allgemeine und Klinische Anamnese,
- (2) Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese,
- (3) Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde,

- 
- (4) Diagnosen,
  - (5) Epikrise,
  - (6) sozialmedizinische Beurteilung,
  - (7) Empfehlungen.

Bei den folgenden Gliederungspunkten sind je nach Fragestellung und Fallgestaltung im ärztlichen sozialmedizinischen Gutachten Schwerpunkte zu setzen. Dabei kann es geboten sein, sozialmedizinisch relevante Aspekte, die im Rahmen des weiteren Verlaufs und der weiteren Befassung unterschiedlicher Rehabilitationsträger absehbar von Bedeutung sind, mit zu erfassen und zu dokumentieren.

### **(1) Allgemeine und klinische Anamnese**

- a. Aktuelle alltagsrelevante Beschwerden und Beeinträchtigungen
  - Beschwerden und deren Verlauf (Darstellung funktionsbezogener Einschränkungen, bei Schmerzen ausführliche Schmerzanamnese)
  - Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und deren Verlauf (Darstellung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen)
- b. Allgemeine Anamnese mit Relevanz für die Leistung zur Teilhabe
  - Erkrankungen, Unfälle, Verletzungen
  - Krankenhausaufenthalte
  - Diagnostik und Therapie
  - bisher durchgeführte Teilhabeleistungen
  - Darstellung gegenwärtig durchgeführter Maßnahmen, z. B. Dauer- und Bedarfsmedikation, Heilmitteltherapie, Hilfsmittelversorgung, Psychotherapie, jeweils mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Erfolg, ggf. Komplikationen/unerwünschte Wirkungen
  - entwicklungsspezifische Auffälligkeiten (anlassbezogen)
- c. Ggf. Biografische Anamnese bei psychischen Störungen
- d. Vegetative Anamnese

### **(2) Sozialanamnese**

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

#### **Umweltfaktoren<sup>12</sup>:**

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

-----  
<sup>12</sup> ICF (2005), Kapitel „Klassifikation der Umweltfaktoren“.

---

### **Personbezogene Faktoren:**

Allgemeine Merkmale einer Person (z. B. Alter und Geschlecht), physische Faktoren (z. B. bewegungsbezogene Faktoren, Sinnesfunktionen), mentale Faktoren (z. B. Offenheit, Selbstvertrauen, Optimismus), Einstellungen (z. B. zur eigenen Person, zu Gesundheit und Krankheit, zu gesundheitsbezogenen und arbeitstechnischen Hilfen, zur Arbeit), Handlungskompetenzen, Gewohnheiten (z. B. zur Ernährung, Bewegung, Alltagsroutinen), und Lebenslage (z. B. familiärer-, wirtschaftlicher-, gesellschaftlicher- und Bildungsstatus, Wohnsituation).

Insbesondere im Zusammenhang mit den Kontextfaktoren ist die finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit als Ausdruck eines Grundprinzips des bio-psycho-sozialen Modells besonders hervorzuheben. Nicht die lebenszeitliche Entwicklung, sondern die Ausprägung eines bestimmten für die Fragestellung relevanten Kontextfaktors als Förderfaktor oder Barriere wird zum Beurteilungszeitpunkt betrachtet. So wird im bio-psycho-sozialen Modell z. B. nicht der Bildungsprozess, sondern dessen Ergebnis als Bildungsstatus erfasst.

### **(3) Untersuchungsbefund einschließlich relevanter Vorbefunde**

#### **a. Allgemeiner körperlicher Befund**

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

Eine neurologische Untersuchung ist in ihrem Umfang aufzuzeigen (z. B. Angabe, ob die Sensomotorik und die Koordination geprüft wurde, sowie die Angabe der Händigkeit). Zumindest ist aber eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane erforderlich.

Beschreibungen des Bewegungsablaufes (z. B. Stand, Gang, Sitzen, Bewegungen beim Aus- und Ankleiden, Aufrichten von der Untersuchungsfläche, Nutzung von Hilfsmitteln, Gebrauchszustand der Hilfsmittel) sind weitere wichtige Informationen, auf die hingewiesen werden sollte. Altersspezifische Gesichtspunkte sind dabei jeweils zu berücksichtigen.

#### **b. Allgemeiner psychischer Befund**

Unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet müssen psychische Auffälligkeiten beachtet und mitgeteilt werden, z. B. in Anlehnung an das AMDP-System.<sup>13</sup>

#### **c. Fachspezifischer Befund**

Auch bei Fachgutachten wird ein orientierender klinischer Gesamtstatus erwartet, vor allem wenn fachgebietsbezogene Symptome/Befunde (z. B. Sehstörungen oder Tinnitus) an einen Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z. B. arterielle Hypertonie) denken lassen. Außerdem sollten Hinweise auf Erkrankungen, die außerhalb des jeweiligen Fachgebietes liegen, dokumentiert werden (z. B. äußerlich sichtbare Veränderungen wie Gelbsucht).

---

<sup>13</sup> Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie-System: Das AMDP System beinhaltet Instrumente zur standardisierten Erfassung des psychopathologischen Befundes, körperlicher Symptome und Anamnesedaten bei psychisch Kranken.

---

Bei Kindern und Jugendlichen ist es notwendig, altersentsprechende Untersuchungsmethoden anzuwenden, zu dokumentieren und den Bezug zu den entsprechenden Perzentilen herstellen zu können. Die pauschale Zusammenfassung des Befundes in „unauffällig“, „altersgerecht“ oder „o. B.“ ist nicht ausreichend.

#### **(4) Diagnosen**

##### **a. ICD-Diagnosen**

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

##### **b. Funktionsdiagnosen**

Es soll möglichst in kompakter Form ein Überblick über alltagsrelevante Auswirkungen des Gesundheitsproblems vor dem Hintergrund fördernder und hemmender Kontextfaktoren gegeben werden. Neben den ICD-Diagnosen (inklusive Kodierung) sind die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen sowie deren Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe (= Funktionsfähigkeit) zu beschreiben. Ggf. sind diese in Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis/Intervention zu setzen.

Beispiel für eine Funktionsdiagnose: Mittelgradig depressive Episode (F32.1 ) mit Antriebsminderung, ausgeprägten Schlafstörungen, reduzierter Konzentrations-, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit und damit verbundenen Beeinträchtigungen der Alltagsstrukturierung, Kommunikation und im Umgang mit anderen Menschen.

#### **(5) Epikrise**

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

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

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

#### **(6) Sozialmedizinische Beurteilung**

Die sozialmedizinische Beurteilung ist eine Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren zur Prognose und Beantwortung der trägerseitigen Fragestellung. Eine diesbezügliche Bewertung muss alle relevanten Aspekte umfassend einbeziehen. Unter Zugrundelegung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO wird die sozialmedizinische Beurteilung entsprechend der einzelnen Komponenten der ICF gegliedert (siehe Anlage).

---

Die aktuellen krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen des zugrundeliegenden Gesundheitsproblems werden auf der Organebene (Körperfunktionen und Körperstrukturen) sowie für die alltagsrelevanten Aktivitäten und Teilhabebereiche beschrieben. Dabei sind krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen. Die in diesem Zusammenhang, also anlassbezogen auf die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ wirkenden Kontextfaktoren, sind für die Prognosebeurteilung zu berücksichtigen. Diese spielen für die Auswahl und Empfehlung von individuell bedarfsgerechten Interventionen eine große Rolle, wenn letztere geeignet sein sollen, die Prognose zu verbessern.

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

Zusammenfassend bilden Epikrise und sozialmedizinische Beurteilung die Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen (z. B. zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose). Welche Kontextfaktoren hierbei von Relevanz sind und deshalb in die sozialmedizinische Beurteilung einfließen müssen, ist je nach Sensibilität der Information mit der zu begutachtenden Person zu thematisieren oder unter Bezugnahme auf eine (strukturierte) Selbstauskunft darzulegen. Nicht die Kontextfaktoren selbst sind zu beschreiben oder zu bewerten, sondern nur deren Einfluss als Barriere oder Förderfaktor.

### **(7) Empfehlungen**

Sofern sich seitens der Begutachtung Anhaltspunkte auf einen möglichen weiteren oder über die beantragte Leistung hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergeben, ist dem Auftraggeber im Gutachten ein diesbezüglicher Hinweis zu geben (§ 2 GE „Reha-Prozess“).

## Teil 2 Das psychologische Gutachten

Psychologische Gutachten können von Psychologinnen und Psychologen erstellt werden, einschließlich psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Sie werden bei Vorliegen einer entsprechenden Fragestellung als Sachverständige im Rahmen der Bedarfsermittlung und -feststellung nach § 17 SGB IX beauftragt. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der Zusatzweiterbildung „Sozialmedizin“ können ein psychologisches sozialmedizinisches Gutachten erstellen.

### § 10 Definition und Anlässe

**(1)** Psychologische Gutachten beantworten Fragestellungen zum Erleben und Verhalten einer Person, zu (psychischen) Funktionen, zu Fähigkeiten und Kompetenzen, im Hinblick auf das Vorliegen einer Behinderung und deren Auswirkungen und/oder zu Bewältigungs- und Anpassungsprozessen einer Person auf der Grundlage wissenschaftlich fundierten Vorgehens in einem psychologisch-diagnostischen Prozess.

**(2)** Ein psychologisches Gutachten kann z. B. dann angezeigt sein, wenn Fragen offen sind zu

- neuropsychologischen Symptomen und kognitiven Störungen oder bei schulischen Lernproblemen und Konzentrationsdefiziten aufgrund von Einschränkungen im Bereich des allgemeinen intellektuellen Leistungsvermögens,
- den (psychologischen) Ursachen und Auswirkungen der Beeinträchtigung auf Aktivität und Teilhabe, z. B. im Bereich der Interaktionen und Beziehungen,
- den Wechselwirkungen zwischen den Auswirkungen der psychischen Störung und dem Lebenshintergrund einer Person,
- Krankheitsbewältigungsprozessen,
- psychologischen Sachverhalten oder Zusammenhängen, beispielsweise bei Äußerungen zu traumatischen Ereignissen, krankheitsspezifischen Befürchtungen und Ängsten oder bei Berichten von sozialen Rückzugstendenzen, Gefühlen der Überforderung oder resignativen Phasen,
- Validität von Selbstberichten, z. B. zu Leistungsmotivation und Anstrengungsbereitschaft und/oder zur Beschwerdenuvalidierung.

### § 11 Psychologische Sachverständige

**(1)** Psychologische Sachverständige verfügen über eine psychologische Berufsqualifikation (Master oder Diplom Psychologie) und bei bestimmten Tätigkeitsfeldern ggf. über eine Approbation als Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten und/oder Neuropsychologinnen bzw. -psychologen.

**(2)** Zusätzlich verfügen sie über eine entsprechende Qualifikation/Einarbeitung zur Erstellung von Gutachten.

### § 12 Gliederung und Anforderungsprofil des psychologischen Gutachtens

Die psychologische Beurteilung ist eine Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde in einem psychologisch-diagnostischen Prozess zur Beantwortung der trägerseitigen Fragestellung. Das Gutachten muss alle im Hinblick auf die Fragestellung psychologisch relevanten Aspekte einbeziehen. Im Folgenden werden alle wesentlichen Aspekte genannt, die ein psychologisches Gutachten beinhalten sollte, in Bezug auf

1. Allgemeine, biografische Anamnese,
2. Sozialanamnese,
3. Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde,
4. Auswertung,
5. Epikrise,
6. Beurteilung und Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung,
7. Empfehlungen.

Je nach Fragestellung und Fallgestaltung sind bei der Erstellung des Gutachtens Schwerpunkte zu setzen.

#### (1) Allgemeine, biografische Anamnese

##### a. Aktuelle alltagsrelevante Beschwerden/Einschränkungen und Beeinträchtigungen

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

##### b. Allgemeine Anamnese mit Relevanz für die Leistung zur Teilhabe

- soweit erforderlich Erkrankungen/Unfälle/Verletzungen; Krankenhausaufenthalte; Diagnostik und Therapie
- soweit erforderlich bisher durchgeführte schulische/berufliche Förderung/Rahmenbedingungen
- bisher durchgeführte Teilhabeleistungen
- gegenwärtig durchgeführte Maßnahmen, z. B. Dauer- und Bedarfsmedikation, Heilmitteltherapie, Hilfsmittelversorgung, Psychotherapie, jeweils mit Angaben zu Art, Häufigkeit und Erfolg, ggf. Komplikationen/unerwünschte Wirkungen und Erkenntnisse daraus
- entwicklungspezifische Auffälligkeiten (anlassbezogen)

##### c. Biografische Anamnese (inkl. Persönlichkeit)

- Bindungen und Beziehungen; Beziehungsarbeit
- soweit erforderlich Persönlichkeitsdiagnostik; Selbstbild-/Fremdbild
- aktuelle Lebensphase
- soweit erforderlich Schul- und/oder Berufsbiographie

#### (2) Sozialanamnese

Im Rahmen der Sozialanamnese kann abhängig von der Fragestellung die Beschreibung der alltagsrelevanten Lebensumstände und/oder der schulischen bzw. beruflichen Rahmenbedingungen einschließlich Arbeitsplatzbeschreibung bedeutsam sein. Nachfolgend werden alltags- und rehabilitationsrelevante Beispiele für als fördernd wie hemmend beschriebene Kontextfaktoren aufgeführt:

---

### **Umweltfaktoren<sup>14</sup>:**

Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen, Haushaltsführung, soziale Bedingungen im familiären oder weiteren sozialen Umfeld (Kindererziehung, Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung, Selbstversorgung, Pflege von Angehörigen), soziale Unterstützung, Einstellungen/Überzeugungen des sozialen Umfelds, Systeme der sozialen Sicherheit (Grad der Behinderung (GdB), Grad der Schädigungsfolgen (GdS), Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)), Anerkennung in der jeweiligen Lebenswelt, Anträge und Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern, Bildungs-/Ausbildungs-/Arbeitsplatzsituation und jeweilige spezifische Aspekte, psychosoziale Belastungen im Schul- und Berufsleben, Arbeitsweg, finanzielle Absicherung

### **Personbezogene Faktoren:**

Allgemeine Merkmale einer Person (z. B. Alter und Geschlecht), mentale Faktoren (z. B. Offenheit, Selbstvertrauen, Optimismus), Einstellungen (z. B. zur eigenen Person, zu Gesundheit und Krankheit, zu gesundheitsbezogenen und arbeitstechnischen Hilfen, zur Arbeit), Handlungskompetenzen, Gewohnheiten (z. B. zur Ernährung, Bewegung, zu Alltagsroutinen), und Lebenslage (z. B. familiärer-, wirtschaftlicher-, gesellschaftlicher- und Bildungsstatus, Wohnsituation). Durch offen formulierte Impulsfragen kann das sozial-emotionale Wohlbefinden sowie die mögliche Entwicklungsperspektive erfragt und erfasst werden.

### **(3) Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde**

Neben den Anamnesen erfolgt eine psychodiagnostische Untersuchung, die je nach Fragestellung in Inhalt und Umfang variiert. Bei der Durchführung der Untersuchung sollte eine angemessene, zumutbare Abfolge von Be- und Entlastungen bedacht werden.

Es ist eine begründete Auswahl der diagnostischen Methoden und Verfahren zu treffen. Ein multimodales Vorgehen ist erforderlich, d.h. verschiedene Datenebenen und Datenquellen sind heranzuziehen. In Betracht kommen in der Regel

- (teilnehmende) Verhaltensbeobachtung (frei und/oder strukturiert/standardisiert)
- Exploration (frei und/oder strukturiert/standardisiert)
- Fragebogenerhebungen (frei und/oder standardisiert/ normiert)
- Funktions-/Leistungs-/Entwicklungstests
- Psychophysiologische Messungen/Testungen
- Psychophysikalische Messungen/Testungen und/oder
- Simulationen und Arbeitsproben

Die Verfahrensauswahl standardisierter Verfahren orientiert sich an den Hauptgütekriterien, insbesondere Objektivität, Reliabilität und Validität, und Nebengütekriterien, insbesondere Normierung, Zumutbarkeit und Unverfälschbarkeit des Verfahrens.<sup>15</sup>

Bei der Eigenschafts- und Funktionsbeurteilung liegt in der Regel ein besonderes Gewicht auf der Validierung von Aussagen und Testergebnissen. Hier gibt es verschiedene Validierungsmethoden (beispielsweise Mehrdimensionale Persönlichkeitsfragebögen mit integrierten Kontrollskalen zur Erfassung positiver oder negativer Antwortverzerrungen, Beschwerdvalidierungstests). Bei mehreren anerkannten und indizierten Verfahren steht die Auswahl unter ihnen im pflichtgemäßen Ermessen der Sachverständigen.

---

<sup>14</sup> ICF (2005), Kapitel „Klassifikation der Umweltfaktoren“, siehe Seite 28.

<sup>15</sup> Hinweise zur Beurteilung der Qualität von messtheoretisch fundierten Fragebögen und Test finden sich z. B. in den Beurteilungsrichtlinien des Diagnostik- und Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologeneinigungen.

---

#### **(4) Auswertung**

Die Auswertung der Ergebnisse muss verständlich, nachvollziehbar und adressatengerecht erfolgen.<sup>16</sup> Sofern messtheoretisch fundierte Fragebögen und Tests eingesetzt wurden, für die Reliabilitätswerte und Streuung (Standardfehler) bekannt sind, sind diese bei der Auswertung und der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Untersuchungsergebnisse müssen ohne Wertung dargestellt werden.

Im Hinblick auf Funktionsdiagnosen/ teilhaberelevante Funktionsschädigungen soll in kompakter Form ein Überblick über alltagsrelevante Auswirkungen des Gesundheitsproblems vor dem Hintergrund fördernder und hemmender Kontextfaktoren gegeben werden. Sofern für den jeweiligen Rehabilitationskontext erforderlich, werden die ICD-Diagnosen (inklusive Kodierung) sowie die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen benannt. Ggf. sind diese in Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis/ Intervention zu setzen. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den altersentsprechenden Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

#### **(5) Epikrise**

Die Epikrise ist die zusammenfassende Darstellung der relevanten Informationen und Untersuchungsergebnisse. Die Epikrise ist damit eine Grundlage für die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung. Die krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Aktivitäten und die Teilhabe sind auf dieser Grundlage zu bewerten und transparent darzustellen. Die in diesem Zusammenhang, also anlassbezogen auf die Funktionsfähigkeit (nach ICF) positiv wie negativ wirkenden Kontextfaktoren sind für die Prognosebeurteilung zu berücksichtigen.

#### **(6) Beurteilung und Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung**

Die psychologische Beurteilung ist eine Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde, mit der die gutachterlichen Fragen beantwortet werden.

Zu den trägerseitigen Fragestellungen ist aus fachlicher Sicht Stellung zu nehmen. Empfehlungen müssen begründet werden. Eine Subsumption der Empfehlungen unter rechtlichen Kategorien und Konstrukte obliegt allein dem Auftraggeber.

Das psychologische Gutachten soll auch eine Beurteilung der Unterstützungsmöglichkeiten beinhalten. Möglichkeiten der Prävention, Kuration, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, der unterschiedlichen Leistungsgruppen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, der Pflege sowie des Engagements in Selbsthilfegruppen sind in die Empfehlungen im Gutachten einzubeziehen.

#### **(7) Empfehlungen**

Sofern sich während der Begutachtung Anhaltspunkte auf einen möglichen weiteren oder über die beantragte Leistung hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergeben, ist dem Auftraggeber im Gutachten ein diesbezüglicher Hinweis zu geben (§ 2 GE „Reha-Prozess“).

---

<sup>16</sup> vgl. Diagnostik- und Testkuratorium der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen. (2017). Qualitätsstandards für psychologische Gutachten, siehe Seite 28.

## Teil 3 Das Gutachten der Sozialen Arbeit

### § 13 Definition und Anlässe

(1) Gutachten der Sozialen Arbeit beantworten Fragestellungen zu den psychosozialen Einflüssen auf die Funktionsfähigkeit einer Person unter besonderer Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Sie erfolgt in der Regel unter Zuhilfenahme von Methoden Sozialer Diagnostik sowie auf der Grundlage fremdanamnestischer Informationen. Dem Gutachten liegt ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit und Behinderung zugrunde.<sup>17</sup>

- (2) Ein Gutachten der Sozialen Arbeit kann z. B. dann angezeigt sein, wenn Fragen offen sind zu
- den Auswirkungen der Aktivitäten/Teilhabe, z. B. im Bereich der Interaktionen und Beziehungen, bei denen eine Klärung der zugrundeliegenden Problemlage erforderlich ist.
  - den Wechselwirkungen zwischen den gesundheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen einer Person und den Kontextfaktoren mit Auswirkungen auf die Teilhabe und der Gestaltung der Umweltfaktoren zum Aufbau bzw. Stärkung von Förderfaktoren und zum Abbau von Barrieren.
  - der gezielten Beeinflussung und personenzentrierten Gestaltung von Kontextfaktoren, die eine günstige Rehabilitationsprognose unterstützen können.
  - einer sozialen Diagnostik, die Aussagen über die Rolle und Position einer Person in ihrer Lebenswelt zur Verfügung stellt.

**Beispielsweise** kann eine Erwerbsminderung bei einer körperlichen oder psychischen Erkrankung aus der negativen Wechselwirkung der gesundheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen und den Kontextfaktoren resultieren. In diesem Fall wäre zu klären, inwieweit der Aufbau von Förderfaktoren in der Arbeitsumgebung (durch eine technische oder personelle Assistenz) eine Kompensation der gesundheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigung bewirken könnte und wie dies aufgrund der Wünsche der Person genutzt werden kann, um eine Erwerbsminderungsrente zu vermeiden. Personbezogene Faktoren können als Ressource genutzt werden, um eine Erwerbsminderungsrente zu vermeiden.

### § 14 Sachverständige der Sozialen Arbeit

(1) Sachverständige der Sozialen Arbeit verfügen über eine wissenschaftliche Expertise aus dem Bereich der Sozialen Arbeit (i.d.R. erworben über einen Diplom- oder Masterabschluss), sowie i.d.R. mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung in den Arbeitsfeldern des Gesundheits- oder Sozialwesens, sowie nachgewiesene Kenntnisse in Sozialer Diagnostik (vgl. § 15 Abs. 2). Zusätzlich verfügen sie über eine entsprechende Qualifikation/Einarbeitung zur Erstellung von Gutachten.

-----  
<sup>17</sup> Die gutachterliche Tätigkeit fußt auf einem Verständnis Sozialer Arbeit, die im interdisziplinären Kontext der Rehabilitation sowohl klinisch-sozialtherapeutische Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit (vgl. auch die Praxisempfehlung Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation) als auch sozialräumliche Unterstützung anbietet.

(2) Die Beurteilung durch Sachverständige der Sozialen Arbeit ist eine Bewertung der vorliegenden und erhobenen Informationen und Befunde unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren zur Prognose von Teilhabebeeinträchtigungen und Beantwortung der trägerseitigen Fragestellung. Eine diesbezügliche Stellungnahme muss alle relevanten Aspekte aus dem Bereich der Sozialen Arbeit bzgl. Umweltfaktoren einbeziehen, insb. zu sozialer Sicherung, sozialen Beziehungen, sozialen Netzwerken sowie wohn- und sozialräumlichen Umweltbedingungen.

(3) Unter Zugrundelegung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO wird die sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Beurteilung entsprechend der einzelnen Komponenten der ICF gegliedert.

(4) Das Gutachten der Sozialen Arbeit soll auch eine Beurteilung der sozialrechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten beinhalten.

### § 15 Gliederung und Anforderungsprofil des Gutachtens der Sozialen Arbeit

In den folgenden Abschnitten werden alle wesentlichen Aspekte genannt, die in einem Gutachten Sozialer Arbeit neben der Benennung der berücksichtigten Quellen und eingesetzten Konzepte und Methoden Sozialer Diagnostik generell erwartet werden, in Bezug auf

1. Sozialanamnese,
2. Soziale Diagnostik,
3. Prognose,
4. Empfehlungen.

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

#### (1) Sozialanamnese

Im anamnestischen Prozess werden zu folgenden Bereichen sowohl Vorinformationen (z. B. aus vorliegenden Dokumenten) als auch Selbstaussagen der Betroffenen und ihres Umfeldes aufgenommen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Begutachtung bewertet:

- Biografische Informationen über Krankheits- und Therapieverlauf, krankheitsrelevante Erfahrungen und Bewältigungsformen einschließlich vorhandener und/oder aktivierbarer persönlicher und Umweltressourcen
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe und deren Verlauf, bedingt durch persönliche Beeinträchtigungen und/oder äußere Barrieren (Darstellung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen aus Sicht der Betroffenen und ihres Umfeldes)

---

## **(2) Soziale Diagnostik**

Mittels daran anschließender Sozialer Diagnostik durch multiperspektivische, sozialökologische und partizipative Konzepte und Methoden werden weitere relevante Informationen gewonnen und bewertet.<sup>18</sup> Dazu gehören je nach Anlass in unterschiedlicher Gewichtung:

- Erhebung relevanter Umweltfaktoren: Infrastruktur des beruflichen bzw. Wohnumfeldes, soziale Beziehungen/soziale Netzwerke, soziale Sicherungssysteme und psychosoziale Dienstleistungen sowie zivilgesellschaftliche oder nachbarschaftliche Angebote
- Erhebung personbezogener Faktoren: Allgemeine Merkmale einer Person (z. B. Alter und Geschlecht), mentale Faktoren (z. B. Offenheit, Selbstvertrauen, Optimismus), Einstellungen (z. B. zur eigenen Person, zu Gesundheit und Krankheit, zu gesundheitsbezogenen und arbeitstechnischen Hilfen, zur Arbeit), Handlungskompetenzen, Gewohnheiten (z. B. zur Ernährung, Bewegung, Alltagsroutinen), und Lebenslage (z. B. familiärer-, wirtschaftlicher-, gesellschaftlicher- und Bildungsstatus, Wohnsituation)

Diese werden zu einem psychosozialen Befund zusammengefasst und auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells sowie Theorien der Sozialen Arbeit hinsichtlich der Interaktion von umwelt- und personbezogenen Einflüssen in einer Sozialen Diagnose zusammengeführt.

## **(3) Prognose**

Auf Basis der Sozialen Diagnose werden Aussagen zur Gestaltung der Umweltfaktoren mit dem Ziel des Abbaus von Barrieren, des Aufbaus von Förderfaktoren und damit einer Verbesserung der Teilhabe getroffen.

## **(4) Empfehlung**

Das Gutachten schließt mit einer Empfehlung zur Prüfung der erforderlichen Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe und dem dafür notwendigen weiteren Vorgehen durch den Auftraggeber.

---

18 vgl. Buttner, Peter/Gahleitner, Silke/Hochuli Freund, Ursula/Röh, Dieter (2018) (Hrsg.): Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Berlin.

# Schlussvorschriften

## § 16 Datenschutz

**(1)** Der Schutz der personenbezogenen Daten einschließlich der Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind bei der Gestaltung der Verfahrensabläufe im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlung Begutachtung durch die beteiligten Leistungsträger und weiteren Akteure zu gewährleisten. Personenbezogene Daten dürfen nur verarbeitet, insbesondere erhoben oder übermittelt (Art. 4 Nr. 2 EU-DSGVO) werden, sofern dies durch einen gesetzlichen Erlaubnistatbestand gedeckt ist.

**(2)** Soweit sich die Regelungen dieser Gemeinsamen Empfehlung auf Datenverarbeitungen (z. B. Datenerhebung, -übermittlung) beziehen, ist dies ein Anhaltspunkt dafür, dass die Datenverarbeitungen aus fachlicher Sicht dem Grunde nach erforderlich sind für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben insbesondere nach den §§ 14, 15, 17 und 19ff SGB IX i.V.m. dem jeweiligen Leistungsgesetz und mithin auch im Sinne des § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG. Ungeachtet dessen ist stets im Einzelfall zu prüfen, welche der zur Verarbeitung vorgesehenen personenbezogenen Daten für die Aufgabenerfüllung konkret erforderlich sind. Nähere Einzelheiten zur Umsetzung datenschutzrechtlicher Anforderungen werden in gesonderten Arbeitshilfen zum Datenschutz ausgeführt.

## § 17 Berichterstattung

**(1)** Die Rehabilitationsträger berichten im Rahmen des 2-Jahresberichts entsprechend § 26 Abs. 8 SGB IX und unter Berücksichtigung der Festlegungen im Ausschuss Gemeinsame Empfehlungen von ihren Erfahrungen mit dieser Gemeinsamen Empfehlung; jedoch frühestens 6 Monate nach deren Inkrafttreten.

## § 18 Inkrafttreten

**(1)** Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft und gilt in der geänderten Fassung vom 1. November 2023.

**(2)** Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden Gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

---

## Verzeichnis der Mitwirkenden

An der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung haben mitgewirkt:

**Bundesagentur für Arbeit**, Jana Jannot, Ulrike Kirchheim, Dr. Gabriele Lotz-Metz

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter**, Christoph Grünenwald

**Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe**,  
Karla Zipser

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales**, Dr. Katharina Bordet, Dr. Sophie Valentine (bis 11/2022)

**Bundespsychotherapeutenkammer**, Prof. Dr. Axel, Kobelt-Pönicke, Dr. Ulrike Worringen (bis 08/2022)

**Deutscher Behindertenrat**, Barbara Vieweg, Holger Westermann

**Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung**, Roman Hartkamp

**Deutsche Rentenversicherung Bund**, Dr. Silke Brüggemann, Dr. Maren Gehring, Dr. Melanie Zorn

**GKV-Spitzenverband**, Irmgard Backes

**Hochschulen für angewandte Wissenschaften Hamburg**, Prof. Dr. Dieter Röh

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen**, Prof. Dr. Anja Kannegießer

**Medizinischer Dienst Niedersachsen**, Dr. Sabine Grotkamp (bis 05/2023), Dr. Marlies Treichel

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen**, Sven Busse

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt**, Robert Richard

**Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung**,  
Heide Mutter, Dr. Thomas Götz (bis 12/2021)

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**, Belinda Hernig

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

Maike Lux

Carola Penstorf

## Weiterführende Literatur

### Allgemein

BAR (2021): Arbeitshilfe Kontextfaktoren bei der Ermittlung von Teilhabebedarfen.  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

BAR (2019): Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess.  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Vereinbarungen

BAR (2016): ICF-Praxis-Leitfaden 1–4.  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Verlag MMI Medizinische Medien Informations GmbH – Wissen für Gesundheit: Neu-Isenburg.  
[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) > Kodiersysteme > Klassifikationen > ICF

Grotkamp, S. et al. (2020): Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Das Gesundheitswesen, 82: 107–11  
[www.researchgate.net/publication/337920006\\_Personbezogene\\_Faktoren\\_im\\_bio-psycho-sozialen\\_Modell\\_der\\_WHO\\_Systematik\\_der\\_DGSMP\\_2019\\_-Langfassung/link/5df38942299bf10bc357a4ef/download](http://www.researchgate.net/publication/337920006_Personbezogene_Faktoren_im_bio-psycho-sozialen_Modell_der_WHO_Systematik_der_DGSMP_2019_-Langfassung/link/5df38942299bf10bc357a4ef/download)

### Besonderer Teil

Ärztliche sozialmedizinische Gutachten

DRV-Schrift 21 "Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung"  
[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Experten > Infos für Ärzte > sozialmedizinische Begutachtung

Psychologische Gutachten

Worringen, U. (2022): Sozialmedizinische Aufgaben für Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen in der Rehabilitation. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation 2022; 117: 73-78

Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (2017) Qualitätsstandards für psychologische Gutachten.  
<https://www.dgps.de/schwerpunkte/stellungnahmen-und-empfehlungen/empfehlungen/details/qualitaetsstandards-fuer-psychologische-gutachten/>

Gutachten der Sozialen Arbeit

Peter Buttner, Silke B. Gahleitner, Ursula Hochuli Freund, Dieter Röh (2018). Handbuch Soziale Diagnostik. Band 1 und 2. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Lambertus-Verlag, Freiburg.





---

# BAR Publikationen

## Gemeinsame Empfehlungen nach SGB IX:

- **Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“**
- Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“
- Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“
- Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“
- Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention“
- Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“
- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“
- Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“
- Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“
- Verfahrensgrundsätze für Gemeinsame Empfehlungen



Downloads und weitere Informationen unter  
[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > [Service](#) > [Publikationen](#) > [Vereinbarungen](#)

