



## Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

### Stellungnahme

#### **des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ sowie der Arbeitsgruppe „ICF“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention zu § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB IX im Referentenentwurf eines Bundesteilhabegesetzes**

Die **Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM)** befürwortet ausdrücklich die Richtungsänderung im vorliegenden Entwurf für ein Bundesteilhabegesetz (BTHG) hin zu einer personenzentrierten Sichtweise: *„Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden.“*

Der vorliegende Referentenentwurf enthält wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Unterstützung für Menschen mit Behinderungen.

Die DGSM und insbesondere der Fachbereich „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ sowie die Arbeitsgruppe „ICF“ stellen in den nachfolgenden Ausführungen im Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes (BTHG, Stand 26. April 2016, 11:48 Uhr) zu **§ 99 Leistungsberechtigter Personenkreis** in Kapitel 2, Grundsätze der Leistungen **aus fachlicher Sicht sachliche Fehler** fest.

(1) *Eingliederungshilfe ist Personen nach § 2 Absatz 1 Satz 1 bis 2 zu leisten, deren Beeinträchtigungen die Folge einer Schädigung der Körperfunktion und -struktur sind und die dadurch in Wechselwirkung mit den Barrieren in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt sind. Eine Einschränkung der Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft in erheblichem Maße liegt vor, wenn die Ausführung von Aktivitäten in mindestens fünf Lebensbereichen nach Absatz 2 nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich oder in mindestens drei Lebensbereichen auch mit personeller oder technischer Unterstützung nicht möglich ist (erhebliche Teilhabebeeinträchtigung). Leistungsberechtigt nach diesem Teil sind auch Personen, denen nach fachlicher Kenntnis eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung mit hoher Wahrscheinlichkeit droht.*

- (2) *Lebensbereiche im Sinne von Absatz 1 sind*
1. *Lernen und Wissensanwendung,*
  2. *Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,*
  3. *Kommunikation,*
  4. *Mobilität,*
  5. *Selbstversorgung,*
  6. *Häusliches Leben,*
  7. *Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,*
  8. *Bedeutende Lebensbereiche,*
  9. *Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.*

Insbesondere die Mitglieder des Fachbereichs „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ begrüßen, dass in § 99 SGB IX auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und damit auf das bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Bezug genommen werden soll.

**Aber § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB IX im vorliegenden Referentenentwurf für ein Bundesteilhabegesetz beruht aus sozialmedizinischer Sicht auf einer nicht sachgerechten Grundlage. Er ist zu streichen.**

Begründung:

1. Die vorgenommene Definition der erheblichen Teilhabebeeinträchtigung entspricht nicht dem modernen Verständnis von Behinderung, wie es in der ICF zum Ausdruck kommt.
2. Sie ist nicht geeignet, die Schwere von Behinderung für die Betroffenen angemessen festzustellen.
3. Die vorgesehene Definition des leistungsberechtigten Personenkreises kann den Leistungszugang nicht sinnvoll steuern.
4. Die Quantifizierung von Beeinträchtigungen setzt ein Instrumentarium voraus, das sich idealerweise an der ICF orientiert. Die ICF selbst ist hierzu nicht geeignet.

ad 1. Die Forderung, dass Aktivitäten, die nicht ohne personelle oder technische Unterstützung möglich sind, in einer Mindestanzahl von Lebensbereichen auftreten müssen, widerspricht fundamental dem Verständnis von Behinderung, das der ICF und dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO zugrunde liegt. Unter Behinderung sind die negativen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems einer Person in Form von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie der Teilhabe zu verstehen; diese können untereinander in Wechselwirkung stehen und durch den individuellen Lebenshintergrund (Umwelt- und personbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gewohnheiten, Bewältigungsstile) moduliert werden. Behinderung ist daher stets individuell und umfassend zu betrachten – sie kann nicht schematisch durch die Anzahl von Lebensbereichen mit Beeinträchtigung bewertet werden. Es gibt zudem keine Gleichwertigkeit aller Lebensbereiche, nicht zuletzt deshalb, weil sie nicht losgelöst voneinander zu sehen sind, sondern sich in Teilen auch überlappen.

ad 2. Die bloße Anzahl von Lebensbereichen, in denen die Teilhabe eingeschränkt ist, bildet die individuelle Schwere der Behinderung nicht ab. Hierfür ist die Qualität, nicht die Quantität der Beeinträchtigungen ausschlaggebend. Es gilt dabei auch die relevanten möglichen Wechselwirkungen zwischen der Behinderung bzw. Funktionsfähigkeit und den individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen, denn der reale Grad einer Beeinträchtigung der Teilhabe hängt nicht zuletzt auch vom Einfluss der Kontextfaktoren ab.

Die im Referentenentwurf als Schwelle für den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe vorgesehene Anzahl von Lebensbereichen (mindestens 5 von 9) ist nicht wissenschaftlich begründet. Sie erscheint willkürlich festgesetzt, sodass eine solche Definition des leistungsberechtigten Personenkreises weder praktikabel noch allgemein akzeptiert sein wird. Es besteht die Gefahr, dass in der Praxis Checklisten „abgehakt“ werden, anstelle der erforderlichen individuell umfassenden Sachverhaltsklärung.

Die Schwere einer (drohenden) Behinderung kann sachgerecht nur durch eine individuelle und umfassende Begutachtung/Bedarfserhebung auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der WHO festgestellt werden. Daher ist die Nutzung der ICF durchgängig im Bedarfsfeststellungsverfahren, bei der Teilhabeplanung und bei Teilhabekonferenzen zu fordern.

ad 3. Während an die erhebliche Teilhabeeinschränkung in § 99 Abs. 1 Satz 2 sehr hohe Anforderungen gestellt werden, bleibt die drohende erhebliche Teilhabeeinschränkung unbestimmt („nach fachlicher Kenntnis“). Die drohende erhebliche Teilhabeeinschränkung begründet aber nach § 99 Abs. 1 Satz 3 denselben Leistungsanspruch wie die bereits eingetretene erhebliche Teilhabeeinschränkung. Damit entfaltet die Beschreibung des leistungsberechtigten Personenkreises in Satz 2 keine Steuerungswirkung bezüglich der Leistungsansprüche.

ad 4. Die ICF wird für eine qualitative Bewertung von Beeinträchtigungen/Unterstützungsbedarfen im Sinne einer vereinfachenden Mengengruppierung in unzulässiger Weise herangezogen und damit selbst als Instrument genutzt. Die ICF ist aber kein Assessment und kein Erhebungsinstrument sondern ein Klassifikationssystem. Beeinträchtigte Teilhabebereiche können mit Hilfe der ICF beschrieben/klassifiziert werden, für eine Quantifizierung der jeweiligen Beeinträchtigungen bedarf es aber eines entsprechend geeigneten Instrumentariums. Hierzu werden in der ICF ansatzweise Beurteilungsmerkmale vorgeschlagen, die aber einer weiteren Ausdifferenzierung bedürfen.

**Stellvertretend für den Fachbereich „Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation“ und die AG „ICF“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention:**

Dr. med. Christian Alex	DGSMP, erweiterter Vorstand
Angelika Baldus	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Geschäftsführerin
Dr. med. Andreas Bahemann	Bundesagentur für Arbeit, Leiter des Ärztlichen Dienstes, Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e.V., Vorsitzender
Dr. PH Iris Brandes	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
Dipl.-Med. Katrin Breuninger	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Seniorberaterin Rehabilitation/Heilmittel
Dr. med. Elisabeth Breithaupt	MDK Nordrhein, Referentin Ärztliche Leitung
Dr. med. Silke Brüggemann	DRV Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Leiterin Bereich Sozialmedizin
Dr. med. Wolfgang Cibis	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR),
Dr. med. Eleonore Dietz-Bachinger	MDK Bayern, Leiterin Ressort Analyse, Konzept, Consulting
Dr. med. Werner Egdemann	Ltd. Medizinaldirektor a. D., DRV Nordbayern
Dr. Harry Fuchs	Düsseldorf, Abteilungsdirektor a.D., Freiberuflich tätiger Sozialexperte und Politikberater

Dr. med. Thomas Gaertner	MDK Hessen, alternierender Vorsitzender Fachbeirat Akademie für Sozialmedizin Mecklenburg - Vorpommern
Dr. med. Hans Gerber	ehem. MDK Bayern, Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Pflege", DGSMP
Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner	Medizinische Hochschule Hannover, Chefarzt der Klinik für Rehabilitationsmedizin
Prof. Dr. Johannes Georg Gostomzyk	ehem. Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V., Ehrenpräsident der DGSMP
Dr. med. Edelgard Gorsky-Ostmeier	MDK Nord, Fachbereichsleiterin Abt. Amb. Versorgung
Dr. med. Sabine Grotkamp	MDK Niedersachsen, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“, Vorstand DGSMP
Dr. med. Alfred Groner	ehem. DRV Baden-Württemberg, Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Karen Hemmrich	Akademie für Sozialmedizin Berlin, Wissenschaftliche Leitung
Dr. med. Hermann Jehl	Gesundheitsamt, Kreisverwaltung Bad Dürkheim, Ltd. Medizinaldirektor, Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Dr. med. Klaus Keller	Rehabilitationszentrum für Menschen mit seelischer Erkrankung, Teilbereichsleiter Rehabilitation
PD Dr. sc. hum. Adrian Loerbroks	Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin
Britta Manegold	MDK Niedersachsen, Stellv. Leiterin der SEG 1
Dr. med. Barbara Mörchen	MDK Nord, Abteilungsleiterin Ambulante Versorgung
Daniel Nowik	Medizinische Hochschule Hannover, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Forschungsschwerpunkt Integrierte Rehabilitationsforschung
Dr. med. Elisabeth Nüchtern	ehem. MDK Baden-Württemberg, Leiterin des Fachbereichs Allgemeine Sozialmedizin.
PD. Dr. med. Dagmar Pöthig	Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern (eVAA) e.V., Vorsitzende des Vorstandes
Dipl.-Med. Hans-Werner Pfeifer	GKV-Spitzenverband, Referat Grundsatzfragen, Abteilung Medizin
Dr. Dirk Lydia Petersen	Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Prof. Dr. Phil. Silvia Queri	Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Mitglied des Hochschulrates
Dr. med. Ottilie Randzio	MDK Bayern, Ltd. Ärztin Bereich Pflege, stellv. Geschäftsführerin
Dr. med. Karin Reinelt	Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Ltd.

	Medizinaldirektorin
Frau Marion Rink	BAG Selbsthilfe und DVfR, Vorstandsmitglied
Dr. med. Marion Rittierodt	MDK Sachsen-Anhalt, Ltd. Ärztin
Dr. med. Michael Röder	MDK Bayern, Leiter Region Ost
Prof. Dr. med. Wolfgang Seger	MDK Niedersachsen, stellv. Geschäftsführer und Ltd. Arzt
Dr. med. Hans-Martin Schian	ehem. Geschäftsführer des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation
Dr. P.H. Monika Schwarze	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Sportmedizin
Dr. med. Wolfgang Wagener	DRV Rheinland, Ärztlicher Referent, Abt. Betriebswirtschaftl. Steuerung – Rehamanagement
Dr. med. Ina Ueberschär	Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, stellv. Geschäftsführerin
Dr. med. Bernhard van Treeck	MDK Nord, Ltd. Arzt
Prof. Dr. med. Astrid Zobel	MDK Bayern, Ltd. Ärztin Bereich Sozialmedizin
Dr. med. Gert von Mittelstaedt	DGSMP, Präsident

