



Leitlinie
zur sozialmedizinischen Begutachtung im Bereich der
medizinischen Rehabilitation
der Alterssicherung der Landwirte; Stand: 01.01.2018

Vorwort

Nach den Vorgaben des SGB IX haben die Rehabilitationsträger zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden. Diese Notwendigkeit erwächst aus den zum 01.01.2018 geltenden neuen Vorschriften des SGB IX zur Koordinierung der Leistungen, damit erreicht werden kann, trägerübergreifend nach möglichst einheitlichen Maßstäben der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten. Anderenfalls wäre eine nahtlose Leistungserbringung nicht möglich. Die Instrumente sollen der Gemeinsamen Empfehlung „Grundsätze für Instrumente zur Bedarfsermittlung“ entsprechen.

Bei der Leitlinie zum Begutachtungsverfahren durch Beratungsärzte im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Alterssicherung der Landwirte handelt es sich damit um ein standardisiertes Instrument im Sinne von § 13 Abs. 1 SGB IX für die Landwirtschaftliche Alterskasse bzw. deren Beratungsärzte.

Da die medizinische Rehabilitation der landwirtschaftlichen Alterskasse eng mit den Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung verbunden ist, orientiert sich diese Leitlinie - dem Gedanken des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) entsprechend - an den Hinweisen/Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für deren sozialmedizinischen Dienste.

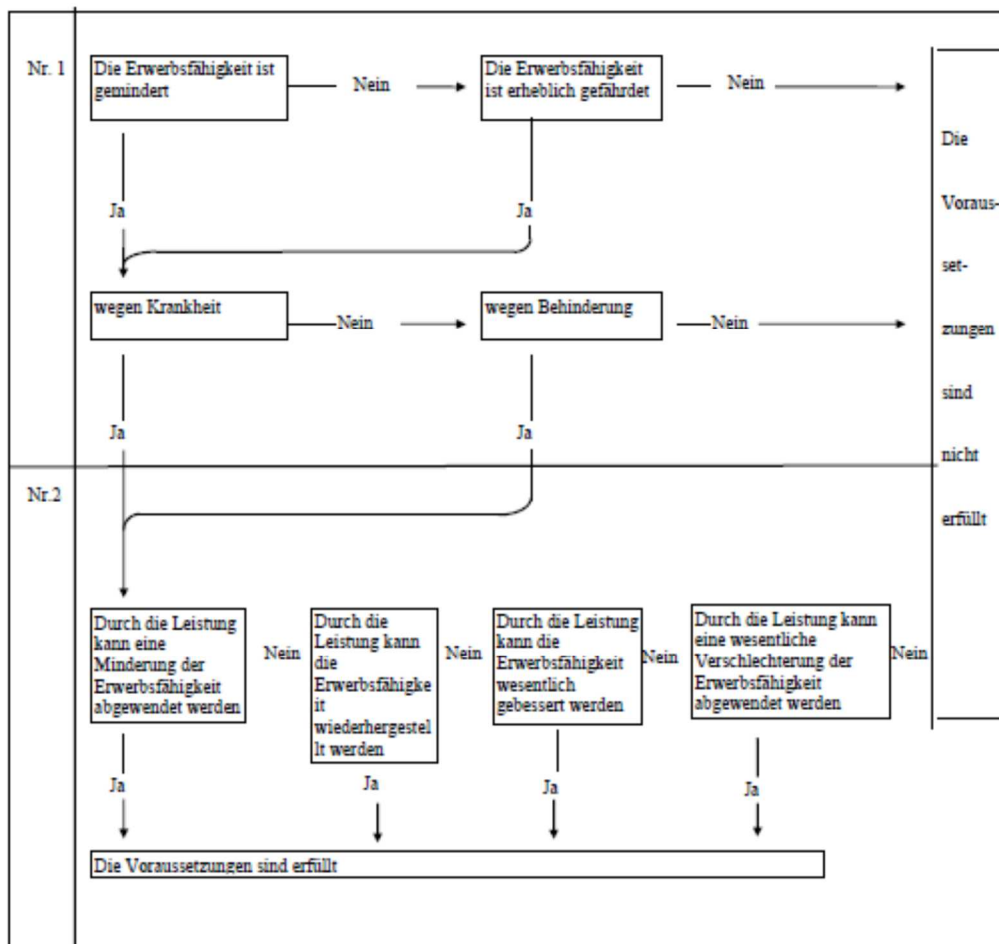
Einleitung

Als Träger der Alterssicherung der Landwirte (AdL) erbringt die Landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen (§ 7 Abs. 2 ALG).

Die persönlichen Voraussetzungen ergeben sich aus § 8 Abs. 1 ALG i. V. m. § 10 SGB VI. Sie setzen sich zusammen aus

- der gegenwärtigen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit¹ (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) und
- der Geeignetheit einer Leistung zur Teilhabe (hier: einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation), Abhilfe zu schaffen (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI – positive Erfolgsaussicht).

Schaubild: die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI:



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können demnach erbracht werden, wenn eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung vorliegt und durch die Leistungen eine

¹ Der Begriff der Erwerbsfähigkeit i. S. d. § 10 SGB VI bezieht sich auf die bisherige Tätigkeit. Erwerbsfähigkeit i. S. d. § 10 SGB VI ist also die Fähigkeit zur Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit im normalen Umfang (s. Skript Rehabilitation, BHH i. d. F. Juli 2014 Buchst. C, Ziffer 2.1.1 auf Seiten 23 und 24).

Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich abgewendet bzw. eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bewirkt werden kann. „Voraussichtlich“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der angestrebte Erfolg mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten wird. Zudem muss der Betroffene körperlich und psychisch in der Lage und bereit sein, an der Rehabilitation aktiv mitzuwirken.

Maßgebende Kriterien sind mithin das Vorliegen von

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit und
- eine im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels günstige Prognose für einen Rehabilitationserfolg.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Teilhabe und der Bezug zur ICF

Nach den Regelungen des SGB IX können Leistungen zur Teilhabe (und damit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) für Versicherte nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eng verbunden. Danach ist die alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) nicht ausreichend. Die ICF ermöglicht eine systematische Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Behinderung auf den Ebenen Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund. Die ICF ist durch ihren bio-psycho-sozialen Ansatz geeignet, die Transparenz diagnostischer Ergebnisse und therapeutischer Strategien sowie die Kommunikation zu anderen Berufsgruppen und zum Patienten zu verbessern. Die ICF bezieht damit auch die individuell erlebte gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung seiner Alltags- oder beruflichen Aktivitäten mit ein. Im Sinne einer verbesserten Kommunikation und Transparenz werden mit dem chronisch kranken und behinderten Menschen insbesondere die Reha-Ziele besser vereinbart, Reha-Ergebnisse und Entscheidungen der Reha-Träger nachvollziehbarer vermittelt und seine Eigenverantwortung und Mitarbeit aktiviert. Die Verwendung der ICF als Denkmodell und konzeptionelles Bezugssystem für die Rehabilitation leistet einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen. Weitere Informationen zur ICF können insbesondere dem BAR-ICF-Praxisleitfaden (abrufbar unter www.bar-frankfurt.de) entnommen werden.

Sozialmedizinische Begutachtung

Die sozialmedizinische Begutachtung kann erfolgen in Form

- einer beratungsärztlichen sozialmedizinischen Stellungnahme oder
- eines sozialmedizinischen Gutachtens.

Für beide Formen gilt, dass die Fragen der LAK konkret und verständlich zu beantworten sind und überprüfbar sein müssen. Beide Formen dienen als wesentliche Entscheidungsgrundlage für die LAK bei der Frage, ob die persönlichen Voraussetzungen zur Gewährung einer beantragten medizinischen Rehabilitationsleistung erfüllt sind. Werden Belange anderer Leistungsträger berührt, soll das Gutachten so abgefasst werden, dass es auch von anderen Leistungsträgern verwendet werden kann (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung; abrufbar unter www.bar-frankfurt.de).

Die beratungsärztliche sozialmedizinische Stellungnahme stellt das Regelbegutachtungsverfahren im Bereich der medizinischen Rehabilitationsleistungen dar. Bei ihr handelt es sich

um eine kurze, ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Beratung. Zur sozialmedizinischen Beratung bedient sich die LAK unabhängiger (neutraler) Beratungsärzte, die über entsprechendes Fachwissen verfügen und mit denen entsprechende Verträge geschlossen wurden. Der Beratungsarzt benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung der LAK medizinische Informationen. Im Zuge der beratungsärztlichen sozialmedizinischen Stellungnahme wird durch den Beratungsarzt entschieden, ob der Antrag abschließend beurteilt werden kann, weitere Unterlagen eingeholt werden müssen oder eine sozialmedizinische Begutachtung nach Aktenlage oder mit Befunderhebung (körperliche Untersuchung) erfolgen soll.

In eindeutigen Fällen ist eine zusammenfassende Stellungnahme zu den von der LAK vorgetragenen Fragen ausreichend. In den übrigen Fällen ist die Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens zu veranlassen. Kommt der Beratungsarzt zu einer vom Antrag abweichenden Empfehlung, sollten in der Stellungnahme realistische Alternativen zur beantragten Leistung aufgezeigt werden.

Das sozialmedizinische Gutachten stellt eine ausführlichere Form der sozialmedizinischen Beratung dar. Bei seiner Erstellung sind die Rahmenvorgaben der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ der BAR in der jeweils aktuellen Fassung (abrufbar unter www.bar-frankfurt.de) zu berücksichtigen. Für die Erstellung eines Gutachtens ist nach § 17 Abs. 2 SGB IX eine Frist vorgegeben; demnach ist das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach der Auftragserteilung zu erstellen. Ist ein längerer Zeitraum für die Erstellung eines Gutachtens erforderlich, informiert der Sachverständige hierüber die LAK. Zugleich bestätigt er schriftlich gegenüber der LAK, dass die Notwendigkeit eines längeren Zeitraums für die Begutachtung gegeben ist und gibt den Zeitraum an, innerhalb dessen die Begutachtung erfolgen kann. Hierbei ist der Höchstzeitraum von vier Wochen zu beachten (vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX).

Entsprechend §§ 9 ff. SGB IX ist im Rahmen der sozialmedizinischen Beratung auch zu prüfen, ob Anhaltspunkte für weitere/andere Teilhabebedarfe – ggf. auch eines anderen Rehabilitationsträgers – bestehen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der DRV).

Leitlinien der DRV

Die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung für die LAK muss nach bundeseinheitlichen Grundsätzen erfolgen.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) erstellt für die für sie tätigen sozialmedizinischen Dienste Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, die Beurteilungshilfen zu sozialmedizinischen Fragestellungen geben und die Erstellung fundierter sozialmedizinischer Begutachtungen nach einheitlichen und nachvollziehbaren Maßstäben unterstützen sollen.

Da die nach den gesetzlichen Vorschriften bestehenden persönlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die LAK mit denen der DRV identisch sind, sind die indikationsspezifischen Leitlinien der DRV auf die LAK übertragbar; sie gelten daher auch für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung durch die Beratungsärzte der LAK. Die indikationsspezifischen Leitlinien stehen in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite der DRV (www.deutsche-rentenversicherung.de) unter dem folgend Pfad kostenlos zum Abruf bereit:

Infos für Experten → Sozialmedizin und Forschung → Sozialmedizin → Begutachtung → Leitlinien

Derzeit bestehen Leitlinien für folgende Indikationsbereiche:

- Haut-Krankheiten
- Krankheiten des Atmungssystems
- Gastroenterologische und Stoffwechsel-Krankheiten einschließlich Adipositas
- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Muskel-Skelett-System und Bindegewebs-Krankheiten
- Neubildungen
- Neurologische Krankheiten
- Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen

Spezielle Leitlinien für Kinder und Jugendliche bestehen derzeit nicht; für solche Maßnahmen sind daher die indikationsspezifischen Leitlinien zu berücksichtigen.

Besonderheiten im Bereich der Alterssicherung der Landwirte

Im Bereich der LAK gehen die Reha-Fallzahlen und damit auch die Aufwendungen stetig zurück. So verringerten sich die Ausgaben für medizinische Leistungen zur Teilhabe von 2005 bis 2016 von 18.815.304,99 Euro auf 12.861.207,13 Euro (-31,64%). 44% der in 2016 durchgeführten stationären Heilverfahren waren Anschlussheilbehandlungen, die bei bestimmten Indikationen nahezu zwangsläufig einem Krankenhausaufenthalt folgten. Gründe hierfür sind insbesondere im Strukturwandel der Landwirtschaft² zu suchen. Viele Höfe werden z. B. wegen mangelnder Perspektiven nicht an einen Nachfolger weitergegeben, sondern vergrößern die Bewirtschaftungsfläche bereits bestehender Unternehmen, die sich auf Wachstumskurs befinden. Die Anzahl der Versicherten verringert sich damit. Die mittlerweile nachrückenden landwirtschaftlichen Unternehmer sind in der Regel gut ausgebildet und führen ihre Höfe nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Häufig haben sie studiert, agieren mit innovativer und intelligenter Technik und bewegen sich im Geflecht der Märkte. Sie pflegen einen zeitgemäßen Lebensstil, der nach Möglichkeit auch Freizeitgestaltung und Work-Life-Balance zulässt. Die Sensibilisierung für einen möglichen Bedarf an Teilhabeleistungen fehlt oftmals, anders als bei ihren Vorgängern. Gleichwohl kann aufgrund der unten dargestellten besonderen Rahmenbedingungen in der Landwirtschaft häufig ein erheblicher Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen bestehen.

Einen wesentlichen Unterschied zur Rentenversicherung machen die Kontextfaktoren und die Versichertenstrukturen aus. Bei der Deutschen Rentenversicherung finden sich überwiegend abhängig Beschäftigte, wohin gehend bei der LAK selbständige Unternehmer versichert sind. Die Motivation eines Angestellten oder Arbeiters zur Rehabilitation kann auch von Ideen wie Rentenbegehren oder körperliche Schonung getragen sein. Der Landwirt schätzt seine körperliche Leistungsfähigkeit eher als Betriebskapital ein. Wenn er ausfällt, muss er unter Umständen mit den hohen Kosten eines Betriebshelfers kalkulieren. In Notlagen führt das häufig dazu, dass trotz körperlicher Einschränkungen weiter gearbeitet wird. Oft muss trotz körperlicher Beeinträchtigungen noch eine Zeit überbrückt werden, bis der Hofnachfolger die Ausbildung beendet hat. Oder ein Hofnachfolger ist überhaupt nicht in Sicht und der Betrieb wird bis weit über das Renteneintrittsalter hinaus bewirtschaftet, verbunden mit dem Verzicht auf eine Rentenzahlung für diese Zeit. Gerade in diesen Fällen sind Rehabilitationsleistungen geeignet, die Leistungsfähigkeit sicherzustellen und Rentenleistungen zu vermeiden.

Neben der Versorgung von Haushalt und Familie müssen im Bereich der Landwirtschaft die immer weiter zunehmende Arbeitsbelastung samt bürokratischer Vorgaben bewerkstelligt und dazu die Anforderungen an leistungsorientierte Betriebsführung geschultert werden. Das Wachsen der Betriebe erfordert oft hohe Investitionen bei ungewisser Marktlage. Ebenso wird möglicherweise erlebt, dass trotz hartnäckiger Bemühungen und vollem Einsatz der

² Der Begriff Landwirtschaft umfasst auch die Forstwirtschaft und den Gartenbau

ganzen Familie kein ausreichendes Einkommen erzielt wird. Der Druck der Öffentlichkeit, z. B. in Hinblick auf Umweltschutz, Genmanipulation, Tierschutz, Antibiotikaeinsatz im Stall, MRSA-Infektionen in den Viehbeständen, Nitrateintrag in Böden und Grundwasser, wird größer. Epidemien wie Schweine- oder Geflügelpest, BSE, EHEC oder schlechte Wetterlagen können Existenzen bedrohen. Daneben können auch „Generationenkonflikte“ im Bereich der Landwirtschaft weitaus stärker ausgeprägt sein als in anderen Bereichen. Diese Umstände können extrem belastend sein. Hier kommt der räumlichen Distanzierung während einer Rehabilitationsmaßnahme eine besondere Bedeutung zu. Andererseits nimmt das Interesse an ambulanter Rehabilitation zu, um auch während des Heilverfahrens die Verantwortung für den Betrieb wahrnehmen zu können. Das scheitert allerdings oft von vornherein an fehlenden Einrichtungen in den ländlichen Gegenden.

Ferner ist die ärztliche Versorgung in den ländlichen Gebieten häufig nicht optimal, trotz groß angelegter Motivationskampagnen für angehende Ärzte. Bestrebungen, alternativ die Telemedizin zu fördern, scheitern oft von vornherein an den mangelnden technischen Voraussetzungen. Es sind Regionen bekannt, die von dem Wegzug junger und qualifizierter Personen besonders betroffen sind, die außerhalb der Pendeldistanz städtischer Räume liegen und offensichtlich gefährdet sind, wirtschaftlich abgehängt zu werden. Hinzu kommt die oft isolierte Lage der Höfe und die Notwendigkeit, für medizinische Behandlungen enge Zeitfenster zwischen unverrückbaren Arbeitsspitzen nutzen zu müssen. Ein Verweis auf eine sinnvolle Facharztbehandlung in Wohnortnähe ist oftmals nicht umsetzbar oder zielführend, zumal das SGB VI die Ausschöpfung der ambulanten Therapien am Wohnort nicht vorsieht, anders als das Recht der Krankenversicherung nach dem SGB V. Davon unberührt bleibt die Anforderlichkeit, dass die Diagnostik bzw. Differentialdiagnostik durch den Fach-/Gebietsarzt abgeschlossen bzw. geklärt sein muss.

Zusammenfassend ist also zu berücksichtigen, dass in dem dargestellten Gesamtzusammenhang der verantwortungsbewusste Umgang mit der Gesundheit oft zu kurz kommt. Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme kann diesen Kreislauf durchbrechen. Gesundheitszuträgliches Verhalten kann vermittelt und geübt werden, neue Therapien können erprobt und die Bereitschaft, sich auf diese Therapien einzulassen, geweckt werden.

Die Besonderheiten des in der Alterssicherung der Landwirte versicherten Personenkreises sowie dessen spezifischen Kontextfaktoren sind daher im Rahmen sozialmedizinischer Beratungen mit zu berücksichtigen.