2018

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Handlungshilfe für die Praxis

www.leistungsbeurteilung-reha.de

Druckversion der Website
Stand: Januar 2020

Vernetzte Kompetenz in NRW
www.rehaforschung-nrw.de

IfR Norderney

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

IfR Norderney
Abteilung Münster
Abteilung Bad Rothenfelde

Förderung:

Gefördert durch den Verein für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney.
Assoziiert mit dem NRW-Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften.

Projektleitung und Konzept:

Dr. Bettina Hesse
Dr. Susanne Dibbelt
Dr. Michael Körner
Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Projektmitarbeiter:

Kirsten Bollmann (seit 08/2017)
Monika Schaidhammer
Sebastian Hermes (bis 06/2017)

Kontakt

Dipl.-Psych. Kirsten Bollmann
Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Münster
Gartenstr. 194
48147 Münster
E-Mail: bollmann@ifr-norderney.de
Telefon: 0251 - 238 2893

Dieses Produkt kann als PDF-Datei von der Website www.leistungsbeurteilung-reha.de heruntergeladen werden.

HERZLICH WILLKOMMEN!

Wir möchten Ihnen mit dieser Website einen Überblick über die Begriffe und Prozesse der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation geben. Im integrierten Forum haben Sie die Möglichkeit zur fachlichen Diskussion von Fragen rund um das Thema Leistungsbeurteilung.

Wir wenden uns an alle Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation, die zur Leistungsbeurteilung beitragen können; dies sind neben Ärzten auch alle weiteren Behandlergruppen, Sozialberater und Pflegekräfte. Wir richten uns auch an medizinische Reha-Einrichtungen, die nach Wegen suchen, den Prozess und die Qualität der Leistungsbeurteilung zu optimieren.

Unsere Website

- informiert Sie über das Grundkonzept der Leistungsbeurteilung,
- beschreibt die Funktion der Leistungsbeurteilung im Sozialversicherungssystem und ihre Auswirkungen für den Rehabilitanden,
- benennt Qualitätsmerkmale,
- beschreibt die Prozessabläufe der Leistungsbeurteilung,
- gibt Ihnen Hinweise zur professionellen Beziehungsgestaltung,
- verdeutlicht die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen und des Reha-Teams bei der Leistungsbeurteilung,
- gibt Hinweise zu Fortbildungsmöglichkeiten und
- nennt Beispiele aus der Praxis.

Alle Inhalte basieren auf einschlägigen Fachquellen und wurden in enger Zusammenarbeit mit sozialmedizinischen Experten erstellt.
Der Praxisbezug wurde durch eine schriftliche Befragung von leitenden Ärzten aus Reha-Einrichtungen und durch Interviews mit Reha-Mitarbeitern unterschiedlicher Professionen sichergestellt. Die Ansprüche verschiedener Nutzerkreise an die Leistungsbeurteilung wurden in Interviews ermittelt.

Zusätzlich zur Nutzung unserer Website empfehlen wir die Teilnahme an einschlägigen Fort- und Weiterbildungen sowie die Lektüre grundlegender Publikationen, auf die Sie an verschiedenen Stellen Hinweise erhalten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Weiteren auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Inhalt

HERZLICH WILLKOMMEN! 1

GRUNDLAGEN 5

Zweck der Leistungsbeurteilung 6

Definition des Leistungsvermögens 7

Quantitatives Leistungsvermögen 7

Qualitatives Leistungsvermögen 7

Verknüpfung von quantitativem und qualitativem Leistungsvermögen 9

Der allgemeine Arbeitsmarkt 11

Leser und Nutzergruppen 12

Verwaltungsmitarbeiter, Juristen und Sozialmediziner der DRV 12

Medizinischer Dienst der Krankenkassen 13

Medizinischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit 13

Behörden zur Feststellung des Grades der Behinderung 13

Juristen der Sozialgerichte 14

Haus- und Fachärzte 14

Betriebsärzte 14

Rehabilitanden 14

Bedeutung der Reha-Antragsinitiative 15

Der Versicherte stellt aus eigener Initiative einen Reha-Antrag. 15

Der Versicherte wird durch Krankenversicherung oder Bundesagentur für Arbeit / Jobcenter zum Reha-Antrag aufgefordert. 16

Die Deutsche Rentenversicherung macht im Rahmen eines Erwerbsminderungsrentenverfahrens ein Reha-Angebot. 18

International Classification of Functioning (ICF) 19

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 21

Erwerbsminderungsrente 22

Datenschutz 24

QUALITÄTSMERKMALE 25

Leistungsbeurteilung individuell abfassen 25

Neutralität in der Beurteilung und Formulierung bewahren 25

Leitlinienorientiert urteilen 25

Sozialmedizinische Fachbegriffe richtig verwenden 26

Erkenntnisse aller beteiligten Berufsgruppen einbeziehen 26

Klare, eindeutige Aussagen treffen 26

Nachvollziehbarkeit der Leistungsbeurteilung schaffen 26

Arbeits- und Berufsanamnese detailliert erfassen 27
Leistungsbeurteilung auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausrichten 28
Leistungsvermögen anschaulich darstellen 28
Prognose realistisch gestalten und plausibel begründen 29
Motivationale Aspekte und Ressourcen einbeziehen....29
Unterschiedliche Einschätzungen von Rehabilitand und Klinik benennen 29

PROZESSABLAUF 30

Vorläufige Leistungsbeurteilung 31
Medizinische Anamnese 33
Berufliche Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung....33
Besondere berufliche Problemlagen....34
Kontextfaktoren 35
Funktionsfähigkeit 36
Psychische Komorbidität 36
Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft....36

Berufliche Perspektiven 38

Reha-Ziele 39

Rehabilitanden-Edukation zu sozialmedizinischen Fragen 40

Assessment 41
Leitfragen für die Auswahl der zu untersuchenden Aspekte 41
Assessment-Formen, die eingesetzt werden können 42
Informationen zu (teilweise frei zugänglichen) Assessmentverfahren im Internet 44

Konsistenzprüfung und Beschwerdenvalidierung 46
Konsistenzprüfung....47
Beschwerdenvalidierungtests....50

Abschließende Leistungsbeurteilung 52
Hilfreiche Fragen für die Erstellung der Leistungsbeurteilung....52
Resultierende Fallkonstellationen, notwendige Schritte und ihre Konsequenzen....53

Rehabilitanden einbeziehen....63

Darstellung der Leistungsbeurteilung....64

PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG 66

Kernelemente....67
Transparenz....67
Empathie und Respekt....67
Professionelle Distanz....67

Herausforderungen **69**
Einfluss persönlicher Wertvorstellungen 69
Antwortverzerrungen 69
Rollenkonflikt zwischen therapeutischer und gutachterlicher Grundhaltung 70
Maßnahmen **71**
Selbstreflexion 71
Nicht damit alleine bleiben: Intervision, Supervision, Coaching, Beratung 72
Kommunikation mit dem Rehabilitanden: Reden ist Silber, Zuhören ist Gold 72
Trennung therapeutischer und gutachterlicher Aufgaben 73

REHA-TEAM **74**
Beitrag der Berufsgruppen zur Leistungsbeurteilung **75**
Zusammenarbeit im Reha-Team **76**

MITARBEITERQUALIFIZIERUNG **78**
Basiswissen für Mitarbeiter **79**
Interne Qualifizierungswege **80**
Externe Fortbildungsmöglichkeiten **81**
Zusatzqualifikationen 81
Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Rentenversicherung 81
Fortbildungsveranstaltungen anderer Einrichtungen 82

INFORMATIONSQUELLEN **83**
Literatur alphabetisch sortiert **84**
Literatur thematisch sortiert **87**
Grundlagen 87
Qualitätsmerkmale 87
Prozessablauf 87
Professionelle Beziehungsgestaltung 88
Reha-Team 89
Mitarbeiterqualifizierung 89
Weiterführende Literatur 89

HINTERGRUND **91**

GRUNDLAGEN

Der Reha-Entlassungsbericht mit der abschließenden Leistungsbeurteilung ist eine wertvolle Informationsquelle für sozialmedizinische Stellungnahmen und juristische Entscheidungen bzgl. verschiedener Leistungsansprüche des Rehabilitanden gegenüber den Sozialversicherungsträgern.

Die Beurteilung des Leistungsbildes im Reha-Entlassungsbericht beruht auf

- den Erkenntnissen mehrerer Berufsgruppen,
- der Möglichkeit von systematischen Belastungserprobungen,
- dem Vorhandensein einer Vielzahl von Beobachtungssettings
- und einem längeren Beobachtungszeitraum.

Diese Rahmenbedingungen liefern das Potential für ein qualitativ hochwertiges Ergebnis und eine weitreichende Aussagekraft. Dieses Potential wird von den verschiedenen Nutzerkreisen (u. a. Sozialmedizinern, Juristen) besonders wertgeschätzt. So sagte uns ein Jurist in einem Interview sinngemäß:

„Die mehrwöchige Reha ist eine Chance für einen unvergleichlichen Erkenntnisgewinn."

Basisliteratur für die Leistungsbeurteilung ist der Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015 (DRV Bund, 2018c).

Alle für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung relevanten sozialmedizinischen Fachbegriffe werden im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung aufgeführt und definiert. Das Glossar ist als PDF abrufbar.

Zweck der Leistungsbeurteilung

Zum gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung gehört es,

- die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten durch Teilhabeleistungen zu unterstützen. Hierzu gehören Präventionsleistungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Nachsorgeleistungen;
- bei Erwerbsminderung Renten zu zahlen.

Deshalb wird am Ende der medizinischen Rehabilitation bei jedem Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter (auch bei Hausfrauen/-männern) das Leistungsvermögen beurteilt und im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Die Leistungsbeurteilung wird in die Entscheidung über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe oder Erwerbsminderungsrente einbezogen.

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist somit für den Rehabilitanden von großer Bedeutung.

Definition des Leistungsvermögens

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Die Ebenen und die Beurteilungskriterien sind definiert und operationalisiert. Sie werden im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung ausführlich beschrieben.

Im Folgenden werden die Beurteilungsebenen überblicksartig dargestellt:

Quantitatives Leistungsvermögen

Hier wird beurteilt, wie viele Stunden der Rehabilitand regelmäßig noch erwerbstätig sein kann. Es gibt 3 Stufen:

- **6 und mehr Stunden:** die Erwerbsfähigkeit ist zeitlich nicht eingeschränkt;
- **3 bis unter 6 Stunden:** die Erwerbsfähigkeit ist zeitlich eingeschränkt;
- **unter 3 Stunden:** die Erwerbsfähigkeit ist aufgehoben.

Das quantitative Leistungsvermögen wird für 2 Bezugspunkte beurteilt:

1. Die letzte sozialversicherungspflichtige berufliche Tätigkeit:

Hat der Rehabilitand einen Arbeitsplatz, ist dieser der konkrete Beurteilungsrahmen. Bei arbeitslosen Rehabilitanden gilt das allgemeine Berufsbild der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit als Beurteilungsrahmen.

Beispiel

Herr K. ist Tischler und arbeitet in einer Möbelfabrik. Er ist dort tätig im Rahmen der Qualitätskontrolle. Seine Aufgabe ist es, gelieferte Materialien auf Mängel zu prüfen. Für die Beurteilung des Leistungsvermögens in der letzten Tätigkeit ist zu prüfen, inwieweit Herr K. noch in der Materialprüfung eingesetzt werden kann.
Hätte Herr K. seine Arbeit verloren und wäre nun arbeitslos, wäre zu prüfen, ob er Tätigkeiten ausüben kann, die dem allgemeinen Berufsbild des Tischlers entsprechen. Dies sind laut Berufenet*: Herstellung von Möbeln, Türen und Fenstern aus Holz und Holzwerkstoffen, Ausführung von Innenausbauten.*

2. Den allgemeinen Arbeitsmarkt:

Der allgemeine Arbeitsmarkt bezeichnet jede denkbare Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen der Arbeitswelt, für die es Angebot und Nachfrage gibt.
Ausführliche Erläuterungen finden Sie im Kapitel „Der allgemeine Arbeitsmarkt“.

Qualitatives Leistungsvermögen

Das qualitative Leistungsvermögen wird in Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilt. (Dies lässt aber Rückschlüsse zu, inwieweit die ausgeübte Tätigkeit leidensgerecht ist.) Es wird unterschieden zwischen dem positiven und dem negativen Leistungsvermögen.

1. POSITIVES LEISTUNGSVERMÖGEN

- **Körperliche Arbeitsschwere:**
  Die körperliche Arbeitsschwere wird in 4 Stufen gegliedert. Die Stufen beschreiben Kraftaufwand, Dauer und Häufigkeit der Verrichtungen.

  1. **Leichte Arbeit:** Tätigkeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge, Tragen von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Kontroller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen und lange dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung). Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein.
  2. **Leichte bis mittelschwere Arbeit:** Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.
  3. **Mittelschwere Arbeit:** Tätigkeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwergehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 kg oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern. Auch leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades sowie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen werden als mittelschwere Arbeit eingestuft. Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein.
  4. **Schwere Arbeit:** Tätigkeiten wie Tragen von bis zu 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben und Hacken. Auch mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, zum Beispiel in gebückter, kniender oder liegender Stellung, können als schwere Arbeit eingestuft werden.

- **Arbeitshaltung:**
  Es wird beurteilt, wie lange der Rehabilitand in jeder der 3 Arbeitshaltungen Stehen, Gehen, Sitzen, tätig sein kann:

  - ständig: mehr als 90 % der Arbeitszeit;
  - überwiegend: 51 – 90 % der Arbeitszeit;
  - zeitweise: bis zu 10 % der Arbeitszeit.

  Damit ein Leistungsvermögen von über 3 Stunden festgestellt werden kann, muss mindestens eine Arbeitshaltung mit überwiegend oder ständig beurteilt werden können.

- **Arbeitsorganisation:**
  Hier wird angegeben, in welchen Schichtsystemen der Rehabilitand tätig sein kann:

  - Tagesschicht,
  - Frühschicht/Spätschicht,
  - Nachtschicht.

2. NEGATIVES LEISTUNGSVERMÖGEN

Es wird beurteilt, ob das Leistungsvermögen in folgenden Dimensionen eingeschränkt ist:

- psychomentale Funktionen,

  Gemeint ist die geistig/psychische Belastbarkeit, insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexerer Arbeitsvorgänge.

- Sinnesfunktionen,

  Hier sind insbesondere Seh-, Hör-, Tast- und Riechvermögen gemeint. Auch Sprach- und Sprechvermögen sind von Bedeutung.

- bewegungsbezogene Funktionen,

  Funktionen im Hinblick auf die Mobilität, insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen.

- kardiopulmonale Belastungsfaktoren,

  Hier geht es insbesondere um Funktionen wie Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen.

- sonstige Einschränkungen.

Außerdem wird angegeben, ob es relevante Belastungs- oder Gefährdungsfaktoren gibt. Damit sind gesundheitlich ungünstige Arbeitsbedingungen wie z. B. Lärm, inhalative Belastungen, häufig wechselnde Arbeitszeiten gemeint.

Verknüpfung von quantitativem und qualitativem Leistungsvermögen

Es muss immer der maximale zeitliche Rahmen angegeben werden, in dem eine Person noch zumindest leichte Arbeiten erledigen kann.
Ausgangspunkt der Leistungsbeurteilung ist immer die Frage, ob eine Person noch in der Lage ist, mindestens 6 Stunden zu arbeiten. Wenn ja, mit welcher Arbeitsschwere ist dies maximal möglich?
Sind keine Arbeiten im Umfang von mindestens 6 Stunden mehr möglich, stellt sich die Frage, ob die Person noch mindestens 3 Stunden arbeiten kann. Wenn ja, mit welcher Arbeitsschwere ist dies maximal möglich?
Sind keine Arbeiten im Umfang von mindestens 3 Stunden mehr möglich, ist das Leistungsvermögen aufgehoben. Eine qualitative Beurteilung der Arbeitsschwere entfällt.
Die quantitative Leistungsbeurteilung ist unabhängig vom aktuell tatsächlich bestehenden Arbeitsumfang.

Erläuterung

„Wird angegeben, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit (Handhaben leichter beziehungsweise 1 bis 3 kg schwergehender Steuergeräte und Tragen von weniger als 10 kg beziehungsweise 10 bis 15 kg) für 3 bis unter 6 Stunden zumutbar ist, so dürfte in aller Regel gelten, dass leichte körperliche Arbeit für 6 Stunden und mehr zumutbar ist. Nur diese letzte Angabe ist dann korrekt.“
Leitfaden zum Reha-E-Bericht (DRV Bund, 2014)

Bitte beachten Sie: Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit sind nicht dasselbe!

Die Begriffe entstammen unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und haben unterschiedliche Definitionen und Auswirkungen. Während die Beurteilung der Leistungsfähigkeit Aussagen zur generellen und langfristigen Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich

macht, bezieht sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die aktuelle konkrete Arbeitssituation. Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Versicherte wegen seiner Erkrankung seine gegenwärtige Tätigkeit aktuell nicht ausüben kann. (Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt auch leichte Arbeiten nicht mehr in dem zeitlichen Umfang verrichten können, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben.)

Beispiel 1

Wenn ein Rehabilitand während der Rehabilitation eine Grippe bekommt oder sich im Sport verletzt hat, ist er vorübergehend arbeitsunfähig trotz evtl. bestehender Leistungsfähigkeit. Das heißt, sobald die Grippe auskuriert oder die Sportverletzung ausgeheilt ist, kann der Rehabilitand seinem Leistungsvermögen entsprechend arbeiten.

Beispiel 2

Friseurin, 38 Jahre:
Die Friseurin hat an ihrem Arbeitsplatz aufgrund von massivem Mobbing eine Anpassungsstörung entwickelt. Sie wird für ihren letzten Arbeitsplatz arbeitsunfähig entlassen, aber für die letzte berufliche Tätigkeit als Friseurin mit einer Leistungsfähigkeit von 6 Stunden und mehr beurteilt.

Genauere Angaben dazu finden Sie unter dem Stichwort Arbeitsunfähigkeit im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung und in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Der allgemeine Arbeitsmarkt

„Der allgemeine Arbeitsmarkt dient als Bezugsrahmen für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit.

Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst jede nur denkbare Tätigkeit. Dabei kommen nur Tätigkeiten in Betracht, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind und die mit den vorhandenen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgeübt werden können. Tätigkeiten, für die es einen Arbeitsmarkt schlechthin nicht gibt, sind nicht in Betracht zu ziehen.

Grundsätzlich ist hierbei der gesamte Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland in Betracht zu ziehen. Kann der Versicherte dagegen nur noch eine Teilzeitbeschäftigung ausüben – hiervon ist bei einem quantitativen Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden täglich auszugehen –, ist für ihn nur der regionale Arbeitsmarkt maßgebend, das heißt, für ihn kommt es allein auf die Arbeitsgelegenheiten an, die er durch tägliches Pendeln von seiner Wohnung aus erreichen kann (GS vom 10.11.1976, BSGE 43, 75 ff.).

Der Begriff „übliche Bedingungen“ des allgemeinen Arbeitsmarktes hat seinen Ursprung im AFG und wird seit 01.04.2012 im SGB III (§ 138 Abs. 5 Nr. 1 SGB III in der Fassung seit 01.04.2012, § 119 Abs. 5 Nr. 1 SGB III in der Fassung bis 31.03.2012) geregelt.

Unter den „üblichen Bedingungen“ des allgemeinen Arbeitsmarktes im Sinne d. § 43 SGB VI ist nach der Rechtsprechung des BSG (aktuell: Urteile vom 19.10.2011; AZ: B 13 R 78/09 R, und vom 09.05.2012, AZ: B 5 R 68/11 R) das tatsächliche Geschehen auf dem Arbeitsmarkt und in den Betrieben zu verstehen, das heißt, unter welchen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt die Entgelterzielung üblicherweise tatsächlich erfolgt. Hierzu gehören sowohl rechtliche Bedingungen, wie etwa Dauer und Verteilung der Arbeitszeit, Pausen- und Urlaubsregelungen, Beachtung von Arbeitsschutzvorschriften sowie gesetzliche und tarifvertragliche Vorschriften als auch tatsächliche Umstände, wie zum Beispiel die für die Ausübung einer Verweisungstätigkeit allgemein vorausgesetzten Mindestanforderungen an Konzentrationsvermögen, geistige Beweglichkeit, Stressverträglichkeit und Frustrationstoleranz.

Üblich sind Bedingungen, wenn sie nicht nur in Einzel- oder Ausnahmefällen anzutreffen sind, sondern in nennenswertem Umfang und in beachtlicher Zahl. Da bisher keine „gefestigte“ Rechtsprechung zum Begriff des nennenswerten Umfangs vorliegt – im Bereich der Arbeitslosenversicherung wurden zwanzig in Betracht kommende Arbeitsplätze als „üblich“ anerkannt (BSG Urteil vom 20.06.1978, AZ: 7 RAr 45/77) -, sind die Umstände des Einzelfalls maßgebend. Damit fallen solche Arbeitsverhältnisse aus der Betrachtung heraus, die sich dem Angebots- und Nachfragemechanismus des Arbeitsmarktes entziehen. In diese Kategorie fallen zum Beispiel die sogenannten Schonarbeitsplätze, die lediglich leistungsgeminderten Betriebsangehörigen vorbehalten sind beziehungsweise für diese nach den individuellen Bedürfnissen eigens eingerichtet werden. Solche Arbeitsverhältnisse werden nicht abgeschlossen, sondern sie bestehen in Form der Weiterführung des bisherigen Arbeitsverhältnisses zu unveränderten Bedingungen (zum Beispiel Besitzstandswahrung/Verdienstsicherung) oder infolge der Zustimmung zu einer Änderungskündigung fort.“

Textauszug aus: Gemeinsame Rechtliche Anweisungen der Deutschen Rentenversicherung zu SGB VI § 43 Rente wegen Erwerbsminderung (Kapitel 2 Vorliegen von Erwerbsminderung und 2.1 Übliche Bedingungen).

Zusammenfassend wird der allgemeine Arbeitsmarkt auch im Glossar der DRV, S. 24 beschrieben.

Leser und Nutzergruppen

Für die Darstellung der Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht ist es hilfreich, wenn Sie die Fragestellungen der verschiedenen potentiellen Leser und Nutzergruppen kennen. So können Sie die Leistungsbeurteilung für alle Nutzergruppen nachvollziehbar darstellen.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erfolgt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Die primären Leser sind somit Verwaltungsmitarbeiter, Juristen und Sozialmediziner der Rentenversicherungsträger.

Bei allen weiteren Lesern und Nutzergruppen ist für die Weitergabe des Reha-Entlassungsberichtes immer das Einverständnis des Rehabilitanden notwendig. Dieses muss für den konkreten Anlass und die Person bzw. Institution eingeholt worden sein. (Datenschutz).

Nachfolgend stellen wir die Hauptnutzergruppen mit ihren Fragestellungen und ihrem Informationsbedarf vor. Konkrete Beispiele, wie Sie diesem Informationsbedarf gerecht werden können, finden Sie unter dem Thema Qualitätsmerkmale.

Verwaltungsmitarbeiter, Juristen und Sozialmediziner der DRV

Verwaltungsmitarbeiter prüfen, ob

- Nachsorgeleistungen verordnet wurden,
- eine stufenweise Wiedereingliederung vorgeschlagen wurde,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeregt wurden,
- ein Leistungsvermögen unter 6 Stunden festgestellt wurde und die Umdeutung des Reha-Antrages in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente geprüft werden muss (Umdeutungsprüfung; siehe dazu auch „Umdeutung“ im Glossar der Deutschen Rentenversicherung).

- **Sozialmediziner**
- nehmen Stellung, ob aufgrund eines in der Reha festgestellten Leistungsvermögens unter 6 Stunden eine Erwerbsminderung vorliegt (Umdeutungsprüfung). Sie überprüfen dabei die Schlüssigkeit der Argumentation und gleichen die Leistungsbeurteilung mit weiteren Befunden und Gutachten ab;
- ziehen den Reha-Entlassungsbericht zu Rate, wenn zeitnah nach der Rehabilitation Anträge auf Erwerbsminderungsrente oder auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen oder ein erneuter Antrag auf medizinische Rehabilitation vor Ablauf der 4-Jahresfrist gestellt wird.

Juristen

- treffen unter Einbeziehung des Reha-Entlassungsberichts Entscheidungen über Anträge auf Leistungen zur Teilhabe und auf Erwerbsminderungsrente.

In Widerspruchs- und Klageverfahren bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, erneute medizinische Reha oder Erwerbsminderungsrente ist die Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht ebenfalls eine wichtige Informationsquelle für Juristen und Sozialmediziner.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist eine im Sozialgesetzbuch verankerte Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er berät die Kranken- und Pflegeversicherung in medizinischen und pflegerischen Fragen und ist fachlich unabhängig.

Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation ergeben sich folgende Aufgaben:

- Bei Arbeitsunfähigkeit: Prüfung des Reha-Bedarfs, Anregung einer medizinischen Reha-Leistung;
- bei anhaltender Krankschreibung nach Reha-Ende oder erneuter Krankschreibung bei initial arbeitsfähiger Entlassung: Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit.

Hinweise zum Datenschutz:

- Der MDK kann den gesamten Reha-Entlassungsbericht erhalten, wenn er im Auskunftsersuchen bestätigt, dass das Einverständnis des Rehabilitanden vorliegt.
- Den gesetzlichen Krankenkassen kann nur Blatt 1 zur Verfügung gestellt werden. Dies gilt auch, wenn der Rehabilitand sein Einverständnis für den gesamten Bericht gegeben hat. Der vollständige Reha-Entlassungsbericht kann an die Krankenkassen nur in den Fällen weitergeleitet werden, wenn dieser von den Krankenkassen ausdrücklich zur eigenen gesetzlichen Aufgabenerledigung nach § 44 Abs. 4 i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 SGB V (Einzelfallberatung) angefordert wird und das Vorliegen einer Einwilligung der Patienten bestätigt wird.

Medizinischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit

Der Medizinische Dienst der Bundesagentur für Arbeit berät die Vermittlungs- und Beratungsfachkräfte der Bundesagentur für Arbeit, inwieweit ein Versicherter gesundheitsbedingt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen kann. Erwerbsfähigkeit im Sinne des 2. Sozialgesetzbuches (Grundsicherung für Arbeitssuchende) liegt bei einem Leistungsvermögen von mindestens 3 Stunden vor.

Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation ergeben sich folgende Aufgaben:

- Bei Arbeitsunfähigkeit: Prüfung von Rehabilitationsbedarf, Anregung einer medizinischen Reha-Leistung;
- bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit nach der Reha: Überprüfung der Erwerbsfähigkeit.

Hinweis zum Datenschutz:

- Der Medizinische Dienst der Bundesagentur für Arbeit kann den ganzen Reha-Entlassungsbericht erhalten, wenn er im Auskunftsersuchen bestätigt, dass das Einverständnis des Rehabilitanden vorliegt.

Behörden zur Feststellung des Grades der Behinderung

Das Vorliegen einer Behinderung wird durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden geprüft, z. B. durch Versorgungsämter oder Ämter für soziale Angelegenheiten. Zur Feststellung, ob ein GdB (Grad der Behinderung) vorliegt, kann mit Einverständnis des Rehabilitanden der Entlassungsbericht hinzugezogen werden.

Juristen der Sozialgerichte

In Sozialgerichtsverfahren wird um Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen gestritten. Dazu gehören u. a. Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten. Als Beweismittel werden hier auch Reha-Entlassungsberichte und die dort vorgenommenen Leistungsbeurteilungen herangezogen.

Haus- und Fachärzte

Haus- und Fachärzte regen häufig eine medizinische Rehabilitation an und führen im Anschluss die Behandlung fort. Wie ausführlich der Reha-Entlassungsbericht von ihnen gelesen wird und ob Behandlungsstrategien und Empfehlungen aus der Rehabilitation aufgegriffen werden, ist wenig untersucht. Limitierend sind hier sicher Zeit- und Budgetgrenzen der Behandler.

Bei einer vom Rehabilitanden nicht akzeptierten Leistungsbeurteilung unterstützen sie in einem Widerspruchsverfahren manchmal die Einschätzung des Rehabilitanden durch eine Stellungnahme zur Leistungsbeurteilung.

Betriebsärzte

Für Betriebsärzte umreißt die qualitative Leistungsbeurteilung den Rahmen, in dem die berufliche Reintegration des Rehabilitanden an seinem Arbeitsplatz stattfinden kann. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

- stufenweise Wiedereingliederung,
- betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM; Informationen für Arbeitgeber),
- Arbeitsplatzanpassungen und -umsetzungen.

Tipp: Sollten Veränderungen am Arbeitsplatz notwendig sein, nehmen Sie mit Einverständnis des Rehabilitanden bereits in der Reha Kontakt mit dem Betriebsarzt auf. So können Sie die konkrete Arbeitssituation und für den Rehabilitanden geeignete Veränderungsmöglichkeiten klären. Es ist vorteilhaft, wenn der Rehabilitand selbst den Kontakt zum Betriebsarzt herstellt oder ein gemeinsamer Telefontermin vereinbart wird. So wird der Rehabilitand in den Prozess mit einbezogen.

Rehabilitanden

Natürlich hat auch der Rehabilitand das Recht, den Reha-Entlassungsbericht zu lesen. Von der Leistungsbeurteilung hängen seine berufliche Zukunft, mögliche Leistungsansprüche und seine soziale und finanzielle Absicherung ab.

Bedeutung der Reha-Antragsinitiative

Es ist wichtig zu wissen, in welcher sozialversicherungsrechtlichen Situation sich der Rehabilitand zum Zeitpunkt der Rehabilitation befindet. Die Folgen der Leistungsbeurteilung für den Rehabilitanden sind davon abhängig. Hierzu gehört z. B. die Frage, vom wem die Antragsinitiative ausging.

Die Initiative zu einer Reha-Leistung kann vom Versicherten selbst oder von einem Sozialversicherungsträger ausgehen; damit sind unterschiedliche Interessen und Anforderungen an die Leistungsbeurteilung verbunden.

Folgende Fallgestaltungen sind zu unterscheiden:

Der Versicherte stellt aus eigener Initiative einen Reha-Antrag.

Der Versicherte hat gesundheitliche Probleme, denen aus seiner Sicht bzw. der seiner Behandler durch eine Reha abgeholfen werden kann.
Meist stehen in diesen Fällen keine Überlegungen zur Erwerbsminderungsrente im Vordergrund. Es empfiehlt sich aber, dies mit dem Rehabilitanden bei Reha-Beginn abzuklären.

Rehabilitand mit Arbeitsplatz

Hat der Rehabilitand einen Arbeitsplatz, steht die Frage im Raum, ob der Rehabilitand diese Tätigkeit aus gesundheitlicher Perspektive weiter ausüben kann.

Ist dies nicht mehr der Fall, ist zu überprüfen, ob die Einschränkungen durch Arbeitsplatzanpassungen, betriebliche Umsetzungen oder Qualifizierungsmaßnahmen kompensiert werden können.

Zu beachten ist:

- Damit diese Maßnahmen seitens der Rentenversicherung passgenau eingeleitet werden können, ist eine präzise Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes und der damit verbundenen Anforderungen erforderlich. Das qualitative positive und negative Leistungsvermögen des Rehabilitanden muss mit den Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes abgeglichen werden. Dabei ist zu bedenken, dass pauschale Einschränkungen in vielen Funktionsbereichen das Finden von innerbetrieblichen Lösungen erschweren. Vorhandene Einschränkungen müssen konkret und präzise dargestellt werden.
- Günstig ist es – das Einverständnis des Rehabilitanden vorausgesetzt – bereits in der Reha Kontakt mit dem Betriebsarzt bzw. Arbeitgeber aufzunehmen. Es empfiehlt sich, den Rehabilitanden mit einzubeziehen, beispielsweise indem ein gemeinsamer Telefontermin vereinbart wird.
- Ist eine Tätigkeit im bisherigen Unternehmen gar nicht mehr möglich, ist an weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu denken, die den Rehabilitanden beim Finden eines leidensgerechten Arbeitsplatzes unterstützen (z. B. Arbeitgeberzuschüsse, Qualifizierungen).
- Bei Arbeitsunfähigkeit am Ende der Reha ist außerdem eine stufenweise Wiedereingliederung zu prüfen.

Arbeitsloser Rehabilitand

Ist der Rehabilitand arbeitslos, gilt das generelle Berufsbild der letzten Tätigkeit als Referenz, nicht der konkrete letzte Arbeitsplatz. Auch hier ist eine präzise Beschreibung des positiven und negativen Leistungsbildes für die Einleitung gezielter Teilhabeleistungen unverzichtbar.

Der Versicherte wird durch Krankenversicherung oder Bundesagentur für Arbeit / Jobcenter zum Reha-Antrag aufgefordert.

Bei dieser Ausgangssituation steht die Frage einer möglichen Umdeutung des Reha-Antrages in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente im Raum. Wird nämlich von der Reha-Einrichtung ein Leistungsvermögen von unter 6 Stunden festgestellt, prüft die Deutsche Rentenversicherung, ob eine Umdeutung in Betracht kommt. Ist dies der Fall, gilt der Reha-Antrag als Antrag auf Erwerbsminderungsrente.

Der Versicherte kann dieser Umdeutung nur mit Zustimmung der ursprünglich zur Reha auffordernden Stelle widersprechen.

Gesetzlicher Hintergrund

Die gesetzliche Krankenversicherung kann einen arbeitsunfähigen Versicherten auffordern, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation zu stellen.

Ebenso kann die Agentur für Arbeit bzw. das Jobcenter einen arbeitslosen Versicherten, der gesundheitsbedingt dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht, dazu auffordern.

Stellt der Versicherte in der gesetzten Frist keinen Antrag, droht ihm der Leistungsentzug. Beiden Aufforderungen geht in der Regel eine ärztliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bzw. des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur / des Jobcenters voraus. Dort wird festgestellt, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Die rechtlichen Hintergründe hierfür sind:

§ 51 SGB V (Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe)

§145 SGB III (Minderung der Leistungsfähigkeit)

§ 116, Abs. 2, Ziff. 1 SGB VI (Umdeutung)

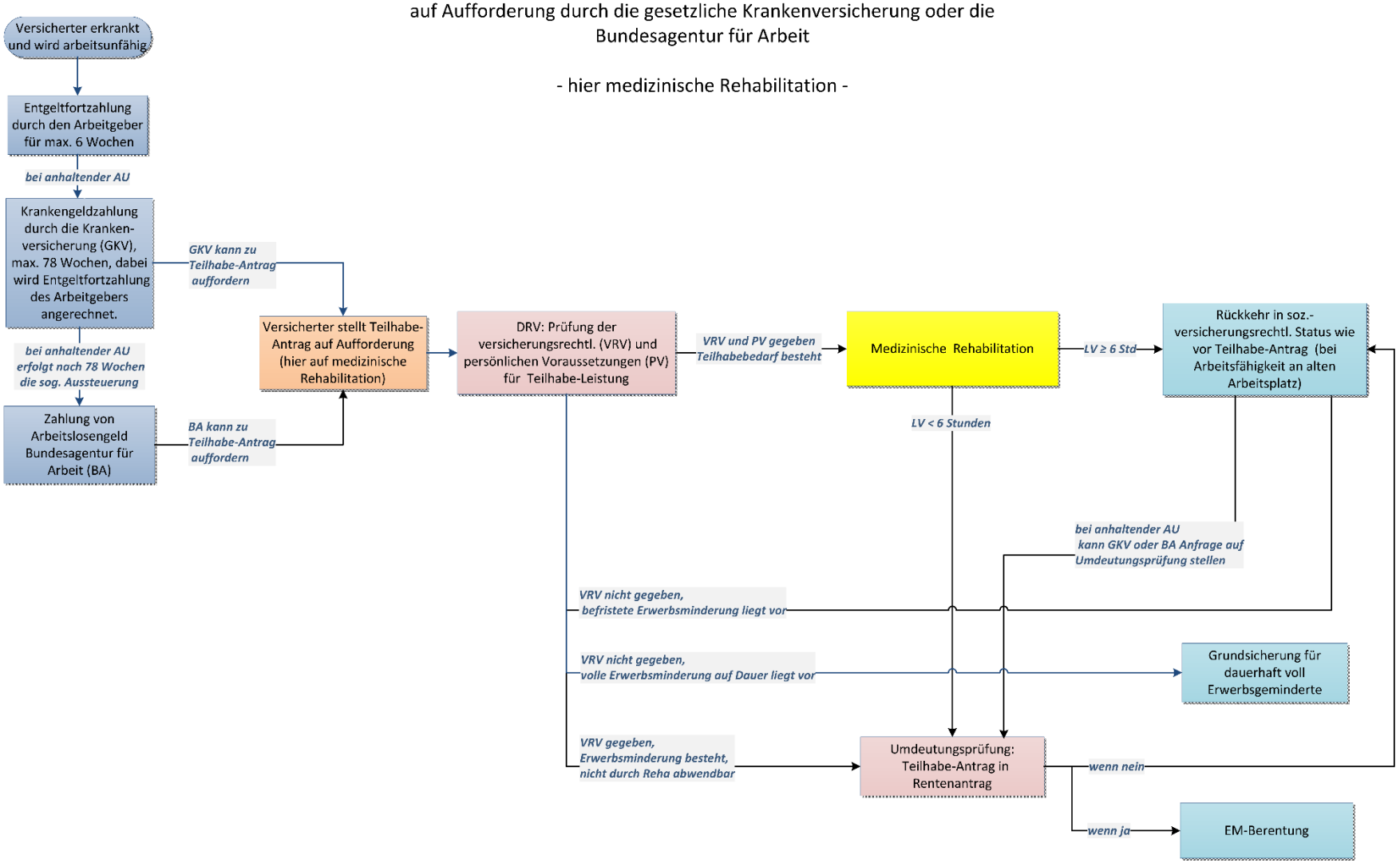
Zu beachten ist:

- Die Berentungsfrage sollte von Anfang an transparent mit dem Rehabilitanden behandelt werden.
- Es ist möglich, dass der Rehabilitand die Einschätzung der Medizinischen Dienste von Krankenkasse / Bundesagentur für Arbeit teilt, dass er erwerbsgemindert ist. Es kann aber auch sein, dass der Rehabilitand sich als erwerbsfähig einschätzt und/oder eine Berentung für ihn ungünstige Konsequenzen hätte. Die Leistungsbeurteilung kann aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen Gegenstand besonders intensiver Prüfungen sein. Die argumentative Nachvollziehbarkeit der Leistungsbeurteilung ist für eine fundierte und für alle Beteiligten nachvollziehbare Berentungsentscheidung zentral.
- Auch der Rehabilitand sollte nachvollziehen können, welche Argumente zu der Leistungsbeurteilung führen; er muss die Einschätzung nicht teilen.

Im folgenden Schaubild wird das Zusammenwirken des Sozialversicherungssystems in dieser Fallkonstellation dargestellt.

Zusammenwirken des Sozialversicherungssystems bei Teilhabe-Antrag auf Aufforderung durch die gesetzliche Krankenversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit

- hier medizinische Rehabilitation -



Die Deutsche Rentenversicherung macht im Rahmen eines Erwerbsminderungsrentenverfahrens ein Reha-Angebot.

Wenn ein Versicherter einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt, kann die Rentenversicherung eine medizinische Reha-Leistung anbieten. Dies kann unter verschiedenen Gesichtspunkten geschehen:

- Der Sozialmedizinische Dienst der Deutschen Rentenversicherung sieht noch gute Besserungsmöglichkeiten durch eine Reha (Grundsatz: Reha vor Rente) § 9 SGB VI, § 8 SGB IX;
- und/oder aufgrund der vorliegenden medizinischen Befunde kann das Leistungsvermögen nicht sicher beurteilt werden; durch die Reha wird Aufklärung erhofft.

Auch in diesen Fällen ist die Leistungsbeurteilung ein wesentlicher Teil der Rehabilitation.

Gesetzlicher Hintergrund

Grundsatz Reha vor Rente:
§ 9 SGB VI (Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe)
§ 9 SGB IX (Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe)
Informationen des Rehabilitations- und Präventionszentrums Bad Bocklet

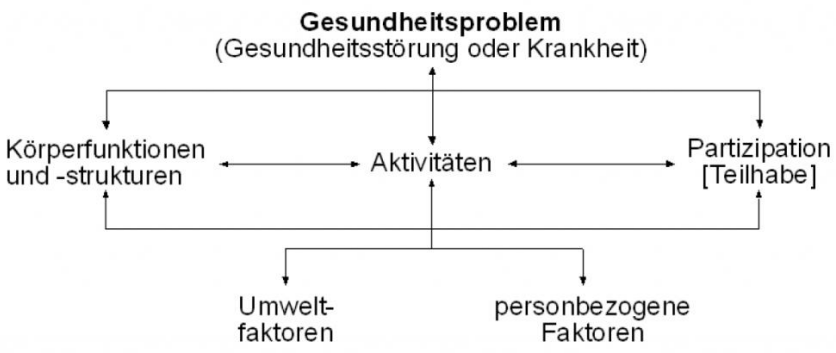
Zu beachten ist:

- Es ist auch hier sinnvoll, dem Rehabilitanden von Beginn der Reha an transparent zu machen, dass es sowohl um Behandlung als auch um Begutachtung geht.
- Mit dem Rehabilitanden sollte überlegt werden, wie er trotz Rentenantrag die Rehabilitation für sein Wohl nutzen kann. (Reduzierung ambivalenter Motivationslagen)
- Elemente der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) können sowohl für den Behandlungs- als auch den Begutachtungsauftrag sinnvoll sein.
- Die Leistungsbeurteilung kann aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen Gegenstand besonders intensiver Prüfungen sein. Sie ist die Basis für die anstehende Entscheidung im Erwerbsminderungsrentenverfahren. Dementsprechend ist sorgfältig auf die argumentative Nachvollziehbarkeit des Ergebnisses zu achten.
- Auch der Rehabilitand sollte nachvollziehen können, welche Argumente zu der Leistungsbeurteilung führen; er muss die Einschätzung nicht teilen.

International Classification of Functioning (ICF)

Die Rehabilitation und die Leistungsbeurteilung bauen auf dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit auf. Hierbei wird die Funktionsfähigkeit der Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund betrachtet.

Zur Erfassung der funktionalen Gesundheit sollte die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) genutzt werden. Der ICF liegt das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde, nach dem die Funktionsfähigkeit eines Menschen grundsätzlich als Interaktion zwischen Gesundheitsproblem und (umwelt- und personbezogenen) Kontextfaktoren zu sehen ist. Veränderungen einer dieser Einflussgrößen haben stets Auswirkungen auf das gesamte System.



Biopsychosoziales Modell der ICF (DIMDI, 2005)

Mit der ICF lassen sich Aussagen treffen zu Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe in Lebensräumen und zu Umweltfaktoren. Die im biopsychosozialen Krankheitsmodell berücksichtigten personbezogenen Faktoren werden jedoch nicht erfasst. Die ICF versteht sich nicht als Diagnoseinstrument, sondern als Beschreibung von durch körperliche Erkrankungen entstandenen Störungen von Funktionsfähigkeit, Partizipation und Aktivitäten. Diese können auch bei derselben körperlichen Erkrankung in Abhängigkeit von Umweltfaktoren unterschiedlich ausfallen.

Das der ICF zugrunde liegende biopsychosoziale Krankheitsmodell entspricht dem Denken in der Rehabilitation. Das Teilhabekonzept der Rehabilitation sieht neben rein medizinischen Faktoren auch den Einbezug von Kontextfaktoren vor und schafft damit ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Die ICF bietet mit ihrem Klassifikationssystem eine gemeinsame indikations- und fachübergreifende Sprache zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit im Kontext der Rehabilitation.

Informationen und Materialien zur ICF

→ Die ICF und zugehörige Dokumentationen können beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information heruntergeladen werden.

→ Ausführliche Beschreibungen der ICF, deren Anwendung sowie Praxisbeispiele finden Sie in den ICF-Praxisleitfäden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

→ Es existieren inzwischen diverse Tools, die den Umgang mit der ICF und die Anwendung in der Rehabilitation erleichtern:

- ICF-basierte Dokumentationsbögen können Sie sich bei ICF-Core-Sets zusammenstellen und im Anschluss aus eingegebenen Werten direkt ein Fähigkeitsprofil erstellen lassen (ICF-Core-Sets sind aus der ICF extrahierte Codelisten für unterschiedliche, umschriebene und abgegrenzte Gesundheitszustände oder Versorgungszusammenhänge).
- Codes aus bereits erstellten ICF-Core-Sets, einen ICF-Selector, mit dessen Hilfe Sie eigene ICF-Sets erstellen, speichern und ausdrucken können, sowie Tests und Assessmentverfahren, welche mit ICF-Codes inhaltlich korrelieren, sind auf der Seite Informationen zu medizinischen Tests und Dokumentationsverfahren zu finden.
- Zahlreiche Materialien, externe Links u. a. rund um die ICF finden sich auf der Seite IFC Research Branch, darunter Fallbeispiele zur Anwendung der ICF in der Rehabilitation und ebenfalls fertige ICF-Core-Sets zu verschiedenen Themen.
- Ein ICF-basierter, hinsichtlich seiner Gütekriterien evaluierter und frei verfügbarer Fragebogen für Patienten ist der Work Rehabilitation Questionnaire.
- Viele Informationen rund um die ICF zu Hilfsmitteln, Literatur und Praxisbeispielen finden Sie beim ICF-Lotsen des REHADAT-Informationssystems.
- Für die Beurteilung von Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen ist das Mini-ICF-APP entwickelt worden.

→ E-Learning-Module zu ICF:

- Im Rahmen des Leuchtturmprojekts Hand wurde auch die ICF ausführlich erklärt.
- Ein ICF-E-Learning-Tool der WHO (englisch, deutsch soll folgen) mit Übungsfragen und Auswertung finden Sie unter icf.ideaday.de.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn ein Rehabilitand seine letzte Tätigkeit aufgrund krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen nicht mehr uneingeschränkt ausüben kann, sein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aber mindestens 3 Stunden beträgt, kann er durch verschiedene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in der beruflichen Reintegration unterstützt werden. Hierzu gehören:

- Arbeitsplatzanpassungen,
- Innerbetriebliche Umsetzungen,
- Unterstützung bei der Aufnahme eines leidensgerechten Arbeitsplatzes,
- Berufliche Orientierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

Einen Überblick über das breite Spektrum an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt die Broschüre Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Deutschen Rentenversicherung.

Tipp*:* Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können im Reha-Entlassungsbericht durch die Reha-Klinik empfohlen werden.
Bei innerbetrieblichen Maßnahmen sind konkrete Hinweise dazu sinnvoll, was im Einzelnen für erforderlich gehalten wird, unter Einbezug des Ergebnisses der abstimmenden Gespräche hierzu mit dem Rehabilitanden.
Bei außerbetrieblichen Maßnahmen sollte in der Empfehlung die Art der Leistung nicht festgelegt werden. Diese wird im Rahmen der Reha-Fachberatung durch den Rentenversicherungsträger ermittelt.
Im Rahmen der Leistungsbeurteilung sollten deshalb konkrete Hinweise gegeben werden, welche Funktionsbereiche eingeschränkt sind, aber auch, was der Rehabilitand noch leisten kann.

Erwerbsminderungsrente

Die Erwerbsminderungsrente dient der finanziellen Absicherung bei Verlust der Erwerbsfähigkeit. Sie ist eine Leistung der Deutschen Rentenversicherung. Die gesetzlichen Grundlagen finden sich im 6. Sozialgesetzbuch.

Erwerbsfähigkeit bezeichnet „die physische und psychische Leistungsfähigkeit einer Person, eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes in gewisser Regelmäßigkeit ausüben zu können." (Sozialmedizinisches Glossar der DRV). Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst dabei jede nur denkbare Erwerbstätigkeit außerhalb einer beschützenden Einrichtung (z.B. einer Werkstatt für behinderte Menschen), für die auf dem Arbeitsmarkt Angebot und Nachfrage besteht.

Die Erwerbsminderungsrente muss durch den Versicherten **beantragt** werden; es kann aber auch ein Reha-Antrag in einen Rentenantrag umgedeutet werden, wenn das Leistungsvermögen durch eine Reha nicht zu bessern ist oder tatsächlich nicht gebessert wurde. Wurde der Versicherte durch die Krankenkasse oder die Arbeitsagentur / das Jobcenter zum Reha-Antrag aufgefordert, kann er einer Umdeutung im Regelfall nicht widersprechen (siehe hierzu Antragsinitiative). Auch wenn der Versicherte aus eigener Initiative den Reha-Antrag gestellt hat, können Krankenversicherung / Agentur für Arbeit / Jobcenter bei einem unter 6-stündigen Leistungsvermögen oder einer andauernden Arbeitsunfähigkeit eine Umdeutungsprüfung im Nachhinein einfordern.

- Um eine Rente wegen Erwerbsminderung zu erhalten, muss der Versicherte **sowohl persönliche als auch versicherungsrechtliche Voraussetzungen** erfüllen. Die persönlichen Voraussetzungen beziehen sich auf die gesundheitliche Situation und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen beziehen sich auf die notwendigen Vorversicherungszeiten.
- Eine Rente wegen Erwerbsminderung kann **zeitlich befristet oder auf Dauer** gezahlt werden. Sie wird in der Regel zunächst befristet gewährt, außer die gesundheitliche Situation des Versicherten macht eine Besserung unwahrscheinlich. Die Befristung erfolgt prinzipiell für längstens 3 Jahre. Bei Weiterzahlungsanträgen kann die Befristung wiederholt werden.
- Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen einer teilweisen und einer vollen Erwerbsminderung. Eine **volle Erwerbsminderung** liegt vor, wenn das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter 3 Stunden täglich liegt. Bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden spricht man von einer **teilweisen Erwerbsminderung.** In diesem Fall wird geprüft, ob der Antragsteller die Möglichkeit zu einer Teilzeitarbeit (beim aktuellen Arbeitgeber) hat. Ist dies möglich, wird eine Teilrente gezahlt, andernfalls eine zeitlich befristete volle Erwerbsminderungsrente (sog. Arbeitsmarktrente). Liegt neben der teilweisen Erwerbsminderung Arbeitslosigkeit vor, besteht ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI aufgrund eines verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes.

2016 gab es 174.000 Neuberentungen wegen Erwerbsminderung; knapp die Hälfte von ihnen wurden als zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten gewährt.
Das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei Erwerbsminderungsrenten lag bei 51,7 Jahren. Die durchschnittliche volle Erwerbsminderungsrente betrug für Frauen 678 Euro und für Männer 717 Euro.

Es gibt nur Schätzungen darüber, wie vielen Erwerbsminderungsrentnern mit einer Zeitrente es gelingt, in eine Erwerbstätigkeit zurückzukehren. Diese liegen im unteren einstelligen Prozentbereich.

Weitere Informationen zu Renten wegen Erwerbsminderung finden Sie in folgenden Quellen:
Gemeinsame Rechtliche Anweisungen der Deutschen Rentenversicherung zu SGB VI § 43 (Rente wegen Erwerbsminderung)
und
Erwerbsminderungsrente: Das Netz für alle Fälle

Datenschutz

Der Rehabilitand muss der Weitergabe des Reha-Entlassungsberichts am Ende der Reha oder nach der Reha in jedem Einzelfall ausdrücklich anlass- und institutions- bzw. personenbezogen zustimmen. Welche Teile des Reha-Entlassungsberichts wem mit Einverständnis des Rehabilitanden zur Verfügung gestellt werden, wird in den Empfehlungen für den Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen, die für die deutsche Rentenversicherung tätig sind, erläutert. An die Rentenversicherung dürfen sämtliche Daten ohne Einwilligung der Patienten übermittelt werden, wenn sie der Kostenträger ist.

Die Zustimmung zur Übersendung des Reha-Entlassungsberichts an Behandler (Haus- und Fachärzte) kann der Rehabilitand während der Reha auf dem Formular G0821 erklären.

QUALITÄTSMERKMALE

Leistungsbeurteilung individuell abfassen

Schreiben Sie den Reha-Entlassungsbericht durchgängig so, dass sich der jeweilige Rehabilitand darin wiedererkennen kann.

Dies ist z. B. möglich durch:

- durchgängige Nennung des Namens („Herr Meier konnte…“ statt „Der Rehabilitand konnte…“);
- (mehr oder weniger wörtliche) Wiedergabe der Rehaziele des Rehabilitanden oder seiner Bewertung des Reha-Ergebnisses;
- Aufnahme individueller Beispiele von Verbesserung und Schwierigkeiten im Reha-Verlauf.

Bitte beachten Sie: Die Verwendung von Textbausteinen, insbesondere ihre Aneinanderreihung, steht diesem Ziel entgegen und birgt eine große Fehlergefahr!

„Werden bei der Erstellung elektronische Masken als Hilfsmittel genutzt, sollten diese lediglich unterstützend zur Darstellung wichtiger indikationsspezifischer Details eingesetzt werden. Die jeweilige Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Problematik bestehender Funktionsstörungen vor dem Hintergrund von Alltags- und Arbeitswelt müssen den Lesern in einer kurzen Übersicht deutlich werden. Somit müssen elektronische Vorgaben zur Erstellung eines Reha-Entlassungsberichtes die Individualität ausreichend widerspiegeln. Textbausteine mit stereotypem Inhalt und die Beschreibung des Konzeptes sind zu vermeiden.“

Leitfaden zum Reha-Entlassungsbericht (DRV Bund, 2018c, S. 9)

Neutralität in der Beurteilung und Formulierung bewahren

Die Leistungsbeurteilung ist eine gutachterliche Aufgabe und erfordert eine unparteiische, objektive und intentionsfreie Haltung. Abweichungen hiervon gefährden die Beweiskraft des Reha-Entlassungsberichts.

Beispiele: Ungünstige und günstige Formulierungen

Ungünstig: "Herr Meier war nicht motiviert, sich in der Aqua-Gymnastik anzustrengen."
Besser: "Herr Meier beendete die Aquafitness nach 10 Minuten mit dem Hinweis auf Schmerzen."

Ungünstig: "Frau Müller war unmotiviert.
Besser: "Frau Müller hat des Öfteren wegen Kopfschmerzen nicht an den Gruppensitzungen teilgenommen / kam öfter zu spät zu den Therapien."

Leitlinienorientiert urteilen

Die Deutsche Rentenversicherung stellt für die verschiedenen Indikationsbereiche Leitlinien zur Beurteilung des Leistungsvermögens bereit. Diese können Sie im PDF-Format herunterladen.
Die an Leitlinien orientierte Beurteilung des Leistungsvermögens stellt die Gleichbehandlung aller Rehabilitanden sicher.

Sozialmedizinische Fachbegriffe richtig verwenden

Zur Beurteilung des quantitativen und qualitativen Leistungsvermögens gibt es definierte Beurteilungsebenen und Beurteilungsstufen. Setzen Sie diese immer definitionsgemäß ein.

Alle für die sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung relevanten sozialmedizinischen Fachbegriffe werden im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung aufgeführt und definiert. Das Glossar ist als PDF abrufbar.

Beispiele:

Mittelschwere Tätigkeiten
Handhabung etwa 1 bis 3 kg schwerergehenden Steuereinrichtungen, unbelastetes Gehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 kg oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern.

Überwiegend
Der Begriff „überwiegend" findet im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben Anwendung bei der Einschätzung des zumutbaren Umfangs einer Körperhaltung (Gehen, Stehen, Sitzen). Er umfasst einen Zeitumfang von 51 bis 90 % der Arbeitszeit und deckt sich mit dem des anderweitig benutzten Begriffs "häufig".

Erkenntnisse aller beteiligten Berufsgruppen einbeziehen

Ein wesentlicher Vorteil der medizinischen Rehabilitation ist die Möglichkeit der multiprofessionellen Analyse des Leistungsvermögens. Beziehen Sie deshalb alle Professionen in die Leistungsbeurteilung ein.

Insbesondere Verhaltensbeobachtungen sind ein hilfreiches Element in der ganzheitlichen Leistungsbeurteilung. Bislang gibt es hierfür keine verbindlichen Standards. Sie können in Ihrem Reha-Team Leistungs- und Verhaltensdimensionen abstimmen, die von den verschiedenen Berufsgruppen beobachtet werden können. Vereinbaren Sie auch die Art der Dokumentation durch die einzelnen Teammitglieder.

Im Bereich der Psychosomatik bietet das Mini-ICF-APP eine Beschreibung relevanter Beurteilungsdimensionen (Linden, Baron & Muschalla, 2009).

Klare, eindeutige Aussagen treffen

Das Leistungsbild muss eindeutig dargestellt werden. Bestehen Unsicherheiten in der Beurteilung, so müssen diese benannt und begründet werden. Die Leistungsbeurteilung muss sprachlich für den medizinischen Laien (Rehabilitand, Juristen) verständlich formuliert werden. Verklausulierte Botschaften sind nicht hilfreich.

Nachvollziehbarkeit der Leistungsbeurteilung schaffen

Nachvollziehbarkeit ist dann gegeben, wenn sich die Leistungsbeurteilung aus den Angaben im Reha-E-Bericht ableiten lässt. Wesentlich sind folgende Aspekte:

- Systematischer Abgleich von Eingangs- und Ausgangsbefund bzw. Funktionsvermögen (wo hat eine Entwicklung stattgefunden?);
- Zurückführen von Funktionsstörungen, wo möglich, auf morphologische Ursachen;
- Beschreibung des Rehabilitationsverlaufs;

- Berücksichtigung aller chronischen Gesundheitsstörungen und der daraus resultierenden Funktionsstörungen im Leistungsbild;
- Begründung des Leistungsbildes mit objektiven Befunden (funktionelle Untersuchungen, Ergebnisse von Assessments und Belastungserprobungen);
- Objektivierung subjektiver Beschwerdeschilderungen (siehe hierzu die Themen Assessment und Beschwerdenvalidierung);
- Illustration von Leistungseinschränkungen an konkreten Beispielen;
- Einbeziehung von Verhaltensbeobachtungen (multiprofessionell);
- Auseinandersetzung mit weiteren Behandlungsoptionen;
- widerspruchsfreie Darstellung:
  - Passen die verschiedenen Aussagen in der Leistungsbeurteilung zusammen?

Beispiel

Herr W. arbeitet als Zimmermann in einer Firma, die Dachstühle, Treppen, Fassaden und Decken herstellt und montiert.
Er wird mit einem Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr für seine letzte Tätigkeit als Zimmermann beurteilt, gleichzeitig wird festgestellt, dass er nicht auf Leitern und Gerüsten arbeiten darf.
→ Die genannten Einschränkungen widersprechen der Leistungsbeurteilung für seine letzte Tätigkeit.

  - Vordergründig widersprüchliche Leistungsbeurteilungen unbedingt begründen;

Beispiele

Beispiel 1:
Leistungsvermögen ≥ 6 Stunden trotz gravierendem Krankheitsbild.
Mögliche Begründung: Alltagsverhalten, Erwerbsbiografie und gute Ressourcen wirken hier ausgleichend.

Beispiel 2:
Herr M. hat eine leichte bis mittelgradige depressive Störung. Er ist als Vertriebsmitarbeiter im Außendienst tätig. Leistungsvermögen < 6 Stunden bei nicht sehr gravierendem psychopathologischen Befund.
Mögliche Begründung: Es sind strukturelle Störungen vorhanden.

  - Widersprüche zu Vorbefunden aufgreifen und diskutieren.

Arbeits- und Berufsanamnese detailliert erfassen

Basis der Leistungsbeurteilung ist eine detaillierte Arbeits- und Berufsanamnese. Dazu gehören Angaben zu

- konkreten Tätigkeiten und Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz,
- evtl. Arbeitslosigkeit,
- beruflichem Werdegang,
- möglichen Kontextfaktoren (z. B. Händigkeit, Führerschein, funktioneller Analphabetismus),
- evtl. Berufsschutz.

Bitte beachten Sie: Die Angaben der Rehabilitanden zum Arbeitsplatz und zur Berufsanamnese in vorab ausgefüllten Bögen sollten nicht ohne Konkretisierung und Überprüfung übernommen werden. Sie bieten eine gute Ausgangsbasis für die tiefergehende Exploration.

Leistungsbeurteilung auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausrichten

Die funktionelle Leistungsfähigkeit muss mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes abgeglichen werden.

Beispiel

Um eine klarere Vorstellung des Tätigkeitsspektrums auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu bekommen, kann unter anderem der Ansatz des Mini-ICF-APP-Ratings hilfreich sein. Dort werden alle Tätigkeiten, die in einem Hotel ausgeübt werden können, als Bezugsrahmen gewählt. Dazu gehören Zimmermädchen, Gärtner, Haustechniker, allgemeine Verwaltung, Koch, Küchenhilfe, Portier, Rezeptionist, Hoteldirektor, Servicekräfte usw.

Leistungsvermögen anschaulich darstellen

Quantitative und qualitative Leistungseinschränkungen sollten durch konkrete Beispiele belegt werden.

Sie sollten bzgl. Häufigkeit, Generalität und Schwere eingeordnet werden. Präzisierende Adjektive können hier hilfreich sein (überwiegend, zeitweise, unterdurchschnittlich, …)

Pauschale Aussagen wie „Tätigkeiten mit erhöhtem Stress sind zu vermeiden“ sind zu ungenau. Es sollten die Einflussfaktoren genannt werden, die vermieden werden sollen, z. B. erhöhter Zeitdruck, Publikumsverkehr, ungewohnte oder komplexe Arbeitsvorgänge, …

Bitte beachten Sie: Bei geplanter Wiedereingliederung kann eine überwiegend defizitorientierte Darstellung des Leistungsvermögens diese erschweren. Hilfreich ist hier darzustellen, was der Rehabilitand noch kann.

Prognose realistisch gestalten und plausibel begründen

- Für die Prognose ist ein auf sozialmedizinischen Erkenntnissen beruhender realistischer Heilungsverlauf zugrunde zu legen und nicht der bestmögliche, wenn dieser aufgrund der persönlichen Bedingungen des Rehabilitanden unrealistisch ist.
- Die längsschnittliche Entwicklung vor der Rehabilitation ist in die Leistungsbeurteilung einzubeziehen.
- Verbesserungen im Rehabilitationsverlauf können nicht eins zu eins auf die Alltagsbedingungen übertragen werden.
- Das Vorhandensein von Chronifizierungsfaktoren sollte geprüft und ggf. in der Prognose berücksichtigt werden.
- Die Besserungsprognose sollte nicht unter Vorbehalte gestellt werden, die über den normalen Heilungsverlauf hinausgehen.

Beispiel

Ungünstiger Vorbehalt: "Vorbehaltlich eines Schonarbeitsplatzes, ... "

Motivationale Aspekte und Ressourcen einbeziehen

Symptompräsentation, Mitwirkungsbereitschaft, subjektive Erwerbsprognose und Kompensationsmöglichkeiten sind zu erfassen und in die Beurteilung miteinzubeziehen.

Unterschiedliche Einschätzungen von Rehabilitand und Klinik benennen

Nicht immer schätzen Rehabilitand und Reha-Team das Leistungsvermögen gleich ein. Abweichungen sollten benannt werden. Dies ist für sozialmedizinische Beurteilungen in evtl. folgenden Verfahren wie z. B. bei einem Antrag auf Erwerbsminderungsrente eine relevante Information. Besonders in diesen Fällen ist die nachvollziehbar dargestellte Leistungsbeurteilung wichtig.

Beispiel

Orthopädische Reha:
Der Rehabilitand stimmt nicht mit der Leistungsbeurteilung überein. Er sieht sich aufgrund der Rückenschmerzen nicht in der Lage, eine Tätigkeit über einen Zeitraum von 6 Stunden und mehr auszuüben.

PROZESSABLAUF

In diesem Kapitel finden Sie

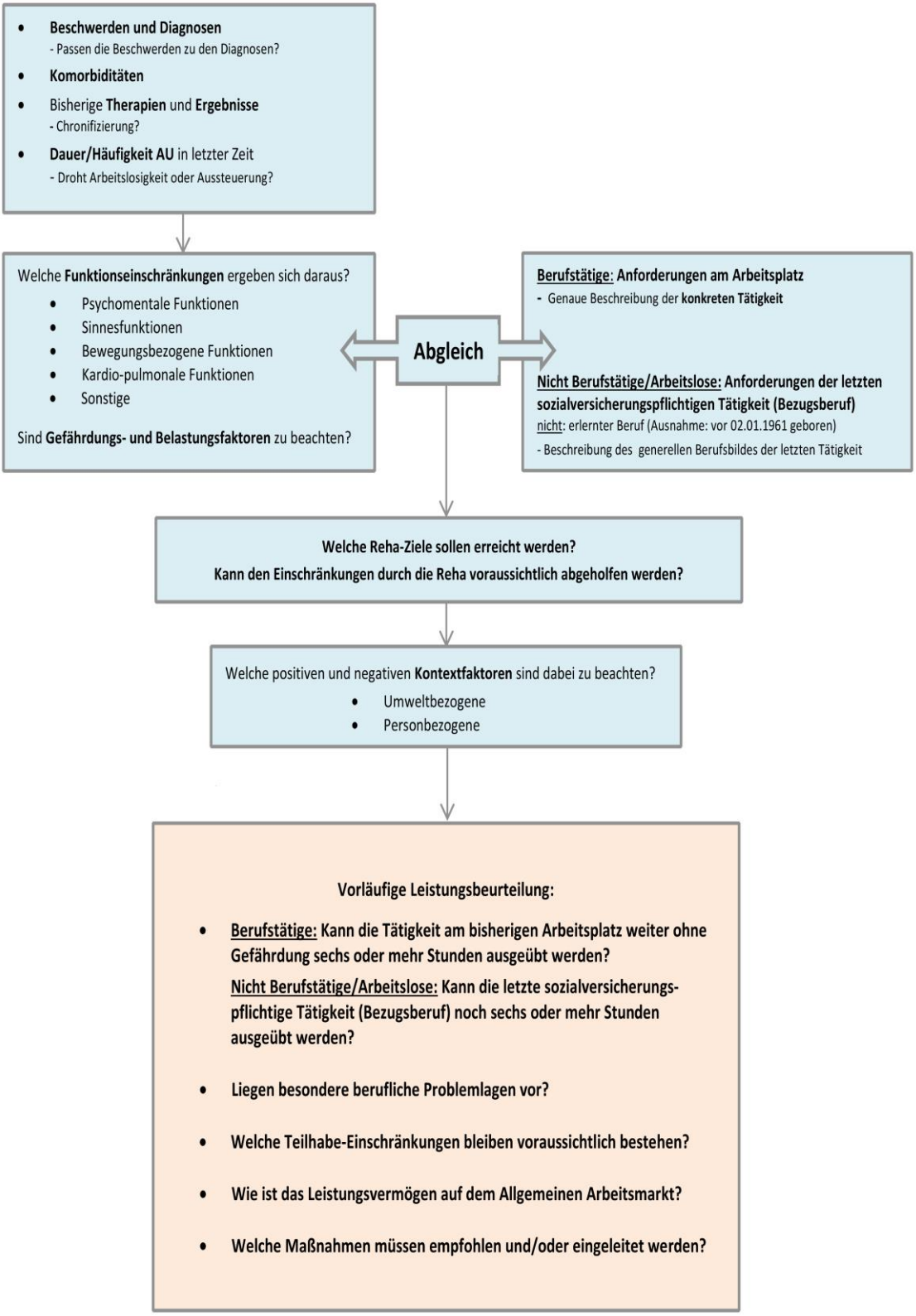
- Informationen zum Ablauf der Leistungsbeurteilung;
- Erläuterungen zu wichtigen Aspekten, die Sie bei der Leistungsbeurteilung berücksichtigen sollten;
- Hinweise auf mögliche Problemlagen und Tipps zum Umgang damit;
- Empfehlungen zur Darstellung der Leistungsbeurteilung sowie
- Empfehlungen zur Besprechung der Leistungsbeurteilung mit dem Rehabilitanden.

Vorläufige Leistungsbeurteilung

Eine systematische Erfassung der Ausgangslage ist notwendig, um

1. für jeden Rehabilitanden einen individuellen Therapieplan zu erstellen;
2. berufliche Problemlagen rasch zu erkennen und schon während der Reha darauf abgestimmte Maßnahmen einzuleiten;
3. den Reha-Erfolg am Ende beurteilen zu können.

Zur Erfassung der Ausgangslage gehört auch die erste Einschätzung der Leistungsfähigkeit zu Beginn des Reha-Aufenthalts.



Vorläufige Leistungsbeurteilung

Medizinische Anamnese

- Wie stellt sich der bisherige Krankheitsverlauf dar?
  - Welche Diagnosen wurden bisher gestellt,
  - welche Befunde erhoben,
  - welche Therapiemaßnahmen durchgeführt und
  - mit welchem Erfolg?
  - Wie stellt sich der aktuelle Gesundheitszustand dar?
  - Wie schätzt der Rehabilitand seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit selbst ein? Welche aktuellen Beschwerden schildert er?
- Bei Rehabilitanden mit chronischem Schmerzsyndrom sollte eine spezielle Schmerzanamnese erfolgen.
- Bei Rehabilitanden mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen sollten Sie eine ausführlichere biographische und Familienanamnese durchführen.

Die Erfassung der Anamnese kann durch Fragebögen erleichtert werden, die die Rehabilitanden im Vorfeld ausfüllen. Ein Beispiel für einen Rehabilitandenfragebogen finden Sie hier (mit freundlicher Erlaubnis der Klinik):
Anamnesebogen Waldburg-Zeil

Berufliche Anamnese und Arbeitsplatzbeschreibung

- Wie ist das bisherige Berufsleben des Rehabilitanden verlaufen?
- Ist der Rehabilitand zurzeit arbeitslos? Wenn ja, wie lange schon? Welche Gründe gibt es dafür?
- Besteht aktuell Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, wie lange schon?
- Welche war die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit bzw. die Tätigkeit, die die letzten Jahre geprägt hat?
- Welche Anforderungen stellt(e) dieser Arbeitsplatz an die Fähigkeiten des Rehabilitanden?
- Gibt es besondere physische oder psychische Belastungen an diesem Arbeitsplatz?

Eine möglichst genaue **Arbeitsplatzbeschreibung** ist zur Beurteilung des Leistungsvermögens essenziell: Berufliche Leistungsfähigkeit ist keine absolute Größe, sondern immer abhängig von den konkreten Anforderungen.
Dafür ist es wichtig zu erfassen, welche Tätigkeiten tatsächlich ausgeführt werden müssen. Eine allgemeine Beschreibung des Berufsbildes („Berufsprofil“) ist nicht ausreichend und kann nur als erste Orientierung dienen. Für eine aussagekräftige und korrekte Leistungsbeurteilung kommt es darauf an, wie die tatsächlichen Bedingungen des Arbeitsplatzes gestaltet sind.

Beispiel: Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Die Tätigkeitsfelder in Pflegeberufen sind sehr weit gefächert. Sie reichen von der Pflege schwerkranker Intensivpatienten (große körperliche Beanspruchung, hohe Verantwortung und Stressbelastung) bis zur Tätigkeit als Werkpfleger/-schwester zur Unterstützung des Werks- bzw. Betriebsarztes (nur leichte körperliche Beanspruchung und Stressbelastung, viele administrative Tätigkeiten). Bei denselben gesundheitlichen Einschränkungen wird die Leistungsfähigkeit bei einer Tätigkeit als Werkpfleger/-schwester höher einzuschätzen sein als bei einer Tätigkeit in der Intensivkrankenpflege.

In den meisten Fällen wird es nicht möglich sein, den Arbeitsplatz zu besichtigen. Daher ist es wichtig, sowohl von Seiten des Rehabilitanden als auch von Seiten des Arbeitgebers Informationen einzuholen. Dabei ist zu bedenken, dass die Berichte von beiden Seiten subjektiv gefärbt sein können: Der Rehabilitand neigt möglicherweise dazu, problematische Bedingungen am Arbeitsplatz stärker zu betonen, während die Arbeitgeberseite evtl. eher dazu neigen wird, diese zu unterschätzen.

Informationsquellen zum Arbeitsplatz

→ Schon vor Reha-Antritt kann der Rehabilitand standardisierte Fragebögen zum Arbeitsplatz ausfüllen.

→ Auch Fotos des Arbeitsplatzes, die der Rehabilitand mitbringen kann, sind eine gute Informationsquelle. Hierfür ist jedoch eine Erlaubnis des Arbeitgebers unbedingt notwendig.

→ In der Anamnese können dann ergänzende Fragen zum Arbeitsplatz gestellt werden.

→ Auch hier ist es wichtig, dass aus dem gesamten Reha-Team Informationen zum Arbeitsplatz zusammengetragen werden und in die Arbeitsplatzbeschreibung einfließen.

→ Zusätzlich sollten auch Informationen von Arbeitgeberseite einfließen, wo immer dies möglich ist. Vereinzelt existieren auch offizielle Arbeitsplatzbeschreibungen des Arbeitgebers.

→ Eine erste allgemeine Information zu bestimmten Berufsbildern bieten das Berufenet der Arbeitsagentur und der Wegweiser Arbeitsfähigkeit.

→ In Absprache mit dem Rehabilitanden kann Kontakt zum Betriebsarzt aufgenommen werden.

Ausführliche Informationen zur Arbeitsplatzbeschreibung finden Sie auf der Website Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation.

Besondere berufliche Problemlagen

Folgende Merkmale können auf besondere berufliche Problemlagen hinweisen:

- Der Rehabilitand war in der jüngeren Vergangenheit lange oder häufig arbeitsunfähig oder arbeitslos.
- Die subjektive berufliche Prognose des Rehabilitanden fällt negativ aus.
- Der Rehabilitand befürchtet, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können.
- Aus sozialmedizinischer Sicht ist eine berufliche Veränderung dringend erforderlich (DRV Bund, 2015)

Die genannten Kriterien können nur Hinweise geben, die Beurteilung sollte immer individuell erfolgen. Je nach Indikationsbereich ist bei 25 – 50 % der Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen zu rechnen.

Assessmentverfahren zur Identifikation beruflicher Problemlagen

→ **(CTA) Checkliste zur Teilhabe am Arbeitsleben**
Die **C**heckliste zur **T**eilhabe am **A**rbeitsleben erhebt den subjektiven beruflichen Unterstützungsbedarf der Rehabilitanden (Download mit freundlicher Genehmigung der Rheintalklinik Bad Krozingen).

→ **Würzburger Screening**
Das Würzburger Screening (Löffler, Wolf, Gerlich, & Vogel, 2008) ermöglicht eine Einschätzung, ob eine berufliche Problemlage vorliegt und es einen Bedarf an beruflichen Rehabilitationsleistungen gibt. Sowohl die Fragebögen selbst als auch das Manual können Sie auf der Seite Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation herunterladen.

→ **SIBAR**
Das **S**creening-**I**nstrument **B**eruf und **A**rbeit in der **R**ehabilitation dient der Identifikation beruflicher Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Den Fragebogen zur beruflichen Belastung und Hinweise zur Auswertung können Sie auf der Seite Forschung und Beratung im Gesundheitswesen Karlsruhe herunterladen. Der Fragebogen befindet sich im Anhang der Publikation von Bürger und Deck (2009); die Erläuterungen zur Auswertung unter "SIBAR Instrument".

SIMBO

Der Simbo ist ein **S**creening-**I**nstrument zur Feststellung des Bedarfs an **M**edizinisch **B**eruflich **O**rientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation als Selbstauskunft des Rehabilitanden. Das Instrument einschließlich Manual und Auswertungshilfen gibt es als Papierversion zum Ausdrucken und als Online-Umfrage.

Kontextfaktoren

Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren (ICF) sind für die Planung des Reha-Prozesses von Bedeutung, können aber bei der Beurteilung des Leistungsvermögens nicht berücksichtigt werden.

Es gilt, Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen, die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit haben können.

Beispiel: Pflege eines Angehörigen

So kann die Pflege eines Angehörigen so zeit- und kräftezehrend sein, dass der Rehabilitand in seiner Arbeitstätigkeit eingeschränkt ist. Diese Einschränkung ist jedoch nicht krankheitsbedingt, sondern umweltbezogen und kann bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Vielmehr ist es Aufgabe der Reha, den Rehabilitanden dabei zu unterstützen, Lösungen für diese Belastungssituation zu finden. Es ist wichtig, diese Betrachtungsweise dem Rehabilitanden gegenüber transparent zu machen.

Beispiel: Persönlichkeitsaspekte

Personen mit stark aggressiven, misstrauischen, ängstlichen oder kontrollierenden Persönlichkeitsakzentuierungen können gravierende Schwierigkeiten in der Arbeitswelt haben bzw. dort verursachen. Hier muss geprüft werden, inwieweit Kompetenzen zum Umgang mit diesen Eigenschaften vermittelt oder Arbeitsfelder gefunden werden können, in denen sich diese Eigenschaften nicht so gravierend auswirken oder sogar günstig sind. Scheint dies nicht möglich, ist das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu prüfen und in die Leistungsbeurteilung mit einzubeziehen.

Beispiel: Besondere Arbeitsbedingungen

Es kann vorkommen, dass ein Rehabilitand an seinem aktuellen Arbeitsplatz zurechtkommt, weil er dort besondere Unterstützung erhält (er arbeitet z. B. im Betrieb seines Bruders und wird nur mit leichten Aufgaben ohne Termindruck und ohne Anforderungen an das Interaktionsvermögen betraut; Hintergrund: Intelligenzminderung und Spastik). Dieser Arbeitsplatz entspricht nicht den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

In diesem Fall ist eine Leistungsbeurteilung von > 6 Stunden in der letzten Tätigkeit, aber gleichzeitig < 3 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich. Gäbe es dieses Beschäftigungsverhältnis nicht, käme die erhebliche Erwerbsminderung zum Tragen.
Bei einer solchen Konstellation ist eine Begründung, warum die aktuelle Tätigkeit nicht den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht, zwingend notwendig, ebenso die klare Darstellung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen.

Weitere Informationen zur ICF in der Reha finden Sie im Kapitel International Classification of Functioning (ICF).

Funktionsfähigkeit

Die Auswirkung der Gesundheitsstörungen auf die Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf (ICF) müssen erfasst und dokumentiert werden. Die Erfassung erfolgt durch diagnostische Untersuchungen und Verhaltensbeobachtungen.

Psychische Komorbidität

Bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen sollte eine psychologische Zusatzdiagnostik erfolgen. Hierfür eignet sich als erstes Screening unter anderem der frei verfügbare Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D (Patient Health Questionnaire, Deutsche Form; Auswertungsmanual zum PHQ-D).

Einen guten Überblick über weitere psychodiagnostische Instrumente und das Vorgehen beim Vorliegen komorbider psychischer Störungen in der Rehabilitation bietet die Broschüre Psychische Komorbidität der Deutschen Rentenversicherung.

Auch die Broschüre Psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation gibt gute Hinweise zur Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation, insbesondere zur Bedeutung psychischer Komorbidität für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Sollte sich der Verdacht auf eine komorbide psychische Störung erhärten, ist eine weitergehende Abklärung zu prüfen.

Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft

Die Motivationslage des Rehabilitanden kann sich auf seine Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft auswirken. Daher ist es wichtig, sich bereits zu Beginn der Reha damit auseinanderzusetzen. Das Gespräch zu den Reha-Zielen bietet eine gute Gelegenheit dazu, die Erwartungen, Wünsche und Ängste des Rehabilitanden zu klären. Wenn Rehabilitanden eingeschränkte Kooperationsbereitschaft zeigen, beeinträchtigt das den Reha-Erfolg und erschwert die Leistungsbeurteilung.

Kritische Motivationslagen

- Mangelnde Veränderungsmotivation (z. B. von „geschickten“ Rehabilitanden),
- Misstrauen aufgrund schlechter Vorerfahrungen,
- Angst vor Überforderung,
- Falsche Vorstellungen von Reha,
- Geringe oder fehlende Nutzenerwartung,
- Wunsch nach Erwerbsminderungsrente,
- Verminderter Antrieb und Anstrengungsbereitschaft durch psychische Störungen,
- Konflikte und andere belastende Situationen am Arbeitsplatz.

Die Vielzahl der genannten Gründe macht deutlich, dass nicht alle Rehabilitanden mit eingeschränkter Kooperations- und Anstrengungsbereitschaft „Rentenjäger“ sind. Ziehen Sie deshalb auch alternative Erklärungsmodelle für mangelnde Kooperationsbereitschaft in Erwägung.

Maßnahmen zur Erhöhung der Kooperationsbereitschaft

- Frühzeitige Rehabilitanden-Edukation
  - zum Thema Leistungsbeurteilung,
  - zu Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente und deren mutmaßliche Höhe,
  - zum Umgang mit Konflikten und Stressbewältigung am Arbeitsplatz.
- Vertrauensbildende Maßnahmen:
  - Versuchen Sie, die Beweggründe für mangelnde Motivation nachzuvollziehen und langsam Vertrauen aufzubauen. Gerade für misstrauische Rehabilitanden sind Transparenz und Offenheit besonders wichtig.
  - Klären Sie ängstliche Rehabilitanden gut über das Konzept der Rehabilitation in Ihrer Klinik auf, z. B. auch über partizipative Zielvereinbarungen usw.

Berufliche Perspektiven

Zeigt sich bei der vorläufigen Leistungsbeurteilung, dass die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr problemlos fortgeführt werden kann, ist zusammen mit dem Rehabilitanden zu überlegen, welche Lösungen am bisherigen Arbeitsplatz in Frage kommen. Dabei kann es hilfreich sein, den Arbeitgeber oder den Betriebsarzt zu kontaktieren, um die Chancen für eine Weiterbeschäftigung auszuloten.

Es ist vorteilhaft, wenn der Rehabilitand den Kontakt zum Arbeitgeber oder Betriebsarzt selbst herstellt oder ein gemeinsamer Telefontermin vereinbart wird. In jedem Fall ist das ausdrückliche Einverständnis des Rehabilitanden erforderlich.

Mögliche Lösungen beim bisherigen Arbeitgeber:

- Arbeitsplatzanpassung, um qualitative Einschränkungen auszugleichen;
- innerbetriebliche Umsetzung, wenn die bisherige Tätigkeit nicht mehr leidensgerecht ist;
- Qualifizierungsmaßnahmen, um eine andere Tätigkeit im Betrieb ausüben zu können;
- Reduzierung der Arbeitszeit, wenn die bisherige Tätigkeit nicht mehr vollschichtig ausgeübt werden kann.

Auch hier ist ggf. eine Unterstützung durch die Rentenversicherung im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglich.

Falls aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen keine Tätigkeit beim alten Arbeitgeber mehr möglich ist bzw. der Rehabilitand arbeitslos ist, kann die Rentenversicherung auch eine berufliche Neuorientierung mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen.

Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sinnvoll erscheinen, sollten im Reha-E-Bericht relevante Hinweise auf Förderfaktoren und Barrieren gegeben werden. Um die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern, haben sich die Konzepte der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bewährt.

Reha-Ziele

Die Vereinbarung von Reha-Zielen ist für die Therapieplanung und die Bewertung des Reha-Erfolgs und damit auch für die Leistungsbeurteilung wichtig. Es gehört inzwischen zum Standard, die Therapieziele partizipativ mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten. Dies erhöht die Zufriedenheit auf beiden Seiten und dient dem Rehabilitationserfolg. Bei der Klärung von Reha-Zielen sollten immer auch berufliche Ziele bzw. die berufliche Situation angesprochen werden, selbst wenn der Rehabilitand glaubt, kein Anliegen in dieser Richtung zu haben. Sind die Ziele festgelegt, sollten sie auch den anderen Berufsgruppen gegenüber kommuniziert werden.

Ausführliche Informationen rund um die Partizipative Zielvereinbarung (Hintergründe, konkretes Vorgehen, Arbeitsmaterialien und Praxisbeispiele) bekommen Sie im Arbeitsbuch Reha-Ziele.

Rehabilitanden-Edukation zu sozialmedizinischen Fragen

Viele Rehabilitanden kennen sich mit sozialrechtlichen Themen nicht aus. Oft verfügen sie über Halbwissen, beispielsweise aus Internetforen oder dem Gespräch mit anderen Rehabilitanden. Gezielte Information hilft u. a., klarere Vorstellungen über notwendige Voraussetzungen für Leistungen des Sozialversicherungssystems, wie z. B. Erwerbsminderungsrenten zu entwickeln. Das ist förderlich für die Kooperationsbereitschaft der Rehabilitanden und trägt zum Verständnis und zur Akzeptanz der Leistungsbeurteilung bei. Dies kann z. B. über einen Vortrag über Leistungen des Sozialversicherungssystems und Kontext der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch die Klinische Sozialarbeit erfolgen.

Es ist hilfreich, wenn ein Teil der Rehabilitanden-Edukation von Chef- oder Oberärzten geleistet wird.

Was sollten Rehabilitanden wissen?

Basisinformation für Rehabilitanden

→ Es ist Auftrag der Rehabilitationsklinik, am Ende des Reha-Aufenthaltes eine Leistungsbeurteilung zu erstellen. Die Leistungsbeurteilung gibt an, in welchem Umfang ein Rehabilitand bei seinem Gesundheitszustand grundsätzlich noch in der Lage ist, einer Arbeit nachzugehen.

→ Die Leistungsbeurteilung ist unabhängig davon, ob ein Rehabilitand zurzeit arbeitsfähig oder arbeitsunfähig ist.

→ Gesundheitliche Einschränkungen führen nicht zwangsläufig zu einer Erwerbsminderung.

→ Für die Bewertung von Gesundheitsproblemen stehen Leitlinien zur Verfügung.

→ Es gibt Unterstützungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation für die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben (Stufenweise Wiedereingliederung, Reha-Nachsorge, Beratung durch einen Reha-Fachberater, …).

Weitergehende Information für Rehabilitanden

→ Erklärung der Bewertungsdimensionen: quantitatives und qualitatives Leistungsvermögen, allgemeiner Arbeitsmarkt;

→ Höhe einer zu erwartenden Erwerbsminderungsrente;

→ Konkretes Vorgehen für die Erlangung von Unterstützungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation.

Informationen zu sozialrechtlichen Fragen und zur Leistungsbeurteilung im Besonderen können bei verschiedenen Gelegenheiten gegeben werden, zum Beispiel im Erstgespräch, bei Einführungsveranstaltungen, in speziellen Vorträgen/indikativen Gruppen, in MBOR-Modulen, bei Visiten und im Abschlussgespräch; letztlich sind sie in jedem Kontakt mit dem Rehabilitanden möglich!

Hilfen zur Rehabilitanden-Edukation

Die DRV hat ein Curriculum zur Erstellung und Durchführung von Vorträgen und Informationsvermittlungsangebote zur Einführung ins Sozialrecht mit konkreten Beispielen für Präsentationsfolien erarbeitet.

Praxisbeispiele:
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung *(mit freundlicher Genehmigung der Fachklinik Bad Bentheim);*
Seminar Berufliche Zukunft *(Rehazentrum Bad Eilsen).*

Assessment

Mit dem Begriff „Assessment“ fassen wir in diesem Abschnitt alle Maßnahmen zusammen, die dazu dienen, krankheitsbedingte Veränderungen von Körperstrukturen und -funktionen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten und Partizipation (ICF) zu erfassen und darstellbar zu machen.

Das Assessment dient

- der Therapieplanung,
- der Therapieerfolgskontrolle
- und ist eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung des Leistungsvermögens und für prognostische Aussagen.

Das Assessment des Leistungsvermögens erfolgt immer indikations- bzw. erkrankungsspezifisch. Die indikationsspezifischen Leitlinien geben Hinweise darauf, welche Dimensionen zu beachten sind.

Leitfragen für die Auswahl der zu untersuchenden Aspekte

1. Welche Veränderungen in Körperstrukturen und -funktionen kann ich bei dem Krankheitsbild des Rehabilitanden erwarten? Und wie wirken sich diese auf die Leistungsfähigkeit aus? Hier liefern das ICF-Modell, die ICF-Core-Sets und die indikationsspezifischen Leitlinien relevante Hinweise.
2. Welche Einschränkungen beschreibt der Rehabilitand selbst? (Anamnese)
3. Welchen Anforderungen muss der Rehabilitand an seinem Arbeitsplatz genügen? (Arbeitsplatzbeschreibung des Rehabilitanden, Fragebögen)
4. Welches Fähigkeitsniveau muss der Rehabilitand für den allgemeinen Arbeitsmarkt haben?
   Basierend auf den Antworten können dann geeignete Untersuchungsmethoden ausgewählt werden.

Beispiel

Frau S., 46 Jahre, Krankenschwester, Fibromyalgie (psychosomatische Reha-Einrichtung)

Die Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen nennen folgende erwerbsrelevanten Funktions- und Tätigkeitsbereiche, die beeinträchtigt sein können: Konzentrations- und Reaktionsvermögen, Ausdauer, Sorgfalt, selbständiges zielgerichtetes Arbeiten, Umstellungs- und Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge; pädagogische / soziale / therapeutische Tätigkeiten; vorwiegend Publikumsverkehr; besondere Reisetätigkeit und Außendienst (DRV Bund (2012), S. 128).

Frau S. beschreibt, dass sie morgens viel Zeit brauche, um sich zu normal bewegen zu können. Sie habe das Gefühl, nicht mehr so viel Kraft zu haben, sie ermüde schnell. Sie könne sich nicht gut konzentrieren und mache Fehler. Bereits mittags habe sie das Gefühl, vollkommen erschöpft zu sein, die Schmerzen in Armen und Beinen seien dann schon schlimm.

***Anforderungen am Arbeitsplatz:** Frau S. ist Stationsleitung in einer allgemeinchirurgischen Station. Sie ist Ansprechpartnerin für Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung und Patienten, sie koordiniert die Schichtpläne, überwacht den Pflegeprozess etc.*

Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes: *Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Verantwortung für Personen, selbstständiges zielgerichtetes Arbeiten.*

Kontextbedingungen: *Die Station ist unterbesetzt, der Krankenstand ist hoch, ständig muss der Dienstplan angepasst werden.*

Mögliche Assessments:

→ *Beobachtung in verschiedenen Therapiesettings (Ergotherapie, Selbstbehauptungstraining, …)*

→ *Mini ICF APP Beurteilung durch das Reha-Team*

→ *Neuropsychologische Testung von Konzentration und Planungsfähigkeit*

→ *Arbeits- und Belastungserprobung*

Assessment-Formen, die eingesetzt werden können

Standardisierte Untersuchungsverfahren zur Erfassung von Körperstrukturen und -funktionen

Hierzu gehören indikationsbezogene diagnostische Untersuchungen wie z. B. die Neutral-Null-Methode zur Messung der Beweglichkeit von Gelenken, die Testung von Reflexen, die Spirometrie zur Untersuchung der Lungenfunktion, das Belastungs-EKG zur Untersuchung der Herzfunktion, die Belastbarkeit in Watt beim Ergometertraining, der 6-Minuten-Gehtest etc.

FCE-Systeme zur Erfassung der funktionellen (arbeitsbezogenen) Leistungsfähigkeit

FCE-Systeme (**F**unctional **C**apacity **E**valuation) erheben systematisch die individuelle Fähigkeit einer Person, häufig vorkommende physische Arbeitsplatzanforderungen zu bewältigen. Dies erfolgt über standardisierte Leistungstests.

Bekannte Beispiele für FCE-Systeme sind ERGOS® (eine geschützte Bezeichnung für ein computergestütztes Arbeitsplatzsimulationssystem zur Erfassung komplexer körperlicher Funktionen und Fähigkeiten) und EFL (**E**valuation der **f**unktionellen **L**eistungsfähigkeit nach Isernhagen). Eine ausführlichere Darstellung zu FCE-Systemen finden Sie auf der Seite Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation.

Profilvergleichssysteme

In Profilvergleichssystemen werden Fähigkeiten der Person mit Anforderungen des Arbeitsplatzes in Beziehung gesetzt, um die Passung von Fähigkeiten und Anforderungen zu bestimmen. Dazu werden sowohl Fähigkeitsaspekte definiert wie auch Arbeitsplatzanforderungen. Es werden dabei keine eigenen diagnostischen Verfahren bereitgestellt.

Die bekanntesten Vertreter sind IMBA (**I**ntegration von **M**enschen mit **B**ehinderungen in die **A**rbeitswelt) und MELBA (**M**erkmalsprofile zur **E**ingliederung **L**eistungsgewandelter und **B**ehinderter in **A**rbeit). MELBA bildet psychologische Funktionsaspekte ab, IMBA stärker physische Funktionsaspekte. Beide Verfahren werden auf der Seite Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation ausführlicher dargestellt.

ICF-basierte Assessmenthilfen (Dokumentationsbögen)

→ **ICF-Core-Sets**: In den letzten Jahren sind für verschiedene Erkrankungen sogenannte ICF Core-Sets entwickelt worden. Darin werden die wichtigsten Körperfunktionen und Aktivitäten und Partizipation zusammengefasst, die bei einer bestimmten Erkrankung beeinträchtigt sein können. Für die Core-Sets können Dokumentationsbögen elektronisch heruntergeladen werden.

Dokumentationsbogen

Erinnerung: Die Kategorien des Generischen Sets sind mit dem Buchstaben (G) gekennzeichnet.

PATIENTEN-INFORMATION								
KÖRPERFUNKTIONEN Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen) ***Wie groß ist das Ausmaß der Schädigung in ...***		Keine Schädigung	Leichte Schädigung	Mäßige Schädigung	Erhebl. Schädigung	Volle Schädigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
		0	1	2	3	4	8	9
b1263	**Psychische Stabilität**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Ausgeglichenheit, Ruhe und Gefasstheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit, Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit							
	Informationsquellen: ☐ Anamnese ☐ Patientenfragebogen ☐ Klinische Untersuchung ☐ Technische Untersuchung							
	Beschreibung des Problems:							

Beispiel: Auszug aus dem ICF-Core-Set-Dokumentationsbogen „Depression“

→ **MINI-ICF-APP**: Das Mini-ICF-APP ist ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von **A**ktivitäts- und **P**artizipationsbeeinträchtigungen bei **P**sychischen Erkrankungen. Personen werden in 13 Fähigkeitsdimensionen beschrieben. Sie können je Dimension in 5 Ratingkategorien eingestuft werden. Diese reichen von „keine Beeinträchtigung“ bis „volle Beeinträchtigung“. Für das Rating werden alle verfügbaren Informationen über die Person genutzt.

Die Präsentation Beschreibung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP in der Psychosomatik erläutert ausführlich die Anwendung des Mini-ICF-APP (Download mit freundlicher Genehmigung der Autorin).

Die Deutsche Rentenversicherung stellt die Broschüre Exploration mittels Mini-ICF-APP mit Praxisbeispielen für die Anwendung des strukturierten Interviews mit dem Mini-ICF-APP bereit.

In Ergänzung zum Mini-ICF-APP wird derzeit das **Mini-ICF-APP-Work** entwickelt. Damit soll erfasst werden, welche der 13 Fähigkeitsdimensionen in welchem Ausmaß für einen spezifischen Arbeitsplatz benötigt werden. Zusammen mit dem Mini-ICF-APP wird dann auch ein Profilvergleich möglich. Nähere Informationen zum Mini-ICF-APP-Work finden Sie im Abstract Mini-ICF-APP-Work: Ein Fremdrating zur Erstellung von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeitsanforderungsprofilen sowie in der Präsentation Mini-ICF-APP-Work: Ein Fremdrating zur Erstellung von Fähigkeitsanforderungsprofilen an Arbeitsplätzen.

Das Mini-ICF-APP ist bei der Hogrefe Testzentrale zu beziehen. Das Mini-ICF-APP-Work befindet sich noch in der Entwicklungsphase, Interessenten können sich aber mit Fragen direkt an die Testautoren wenden (b.muschalla[at]tu-braunschweig[punkt]de).

Arbeits- und Belastungserprobung

Viele Rehabilitationseinrichtungen halten mittlerweile Arbeitstrainingsbereiche vor, an denen der Rehabilitand unter realistischen Arbeitsbedingungen tätig werden kann.

Die Arbeits- und Belastungserprobung kann für viele Zwecke nützlich sein: Diagnostik, Erfassung und Modifikation der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden, Entwicklung beruflicher Perspektiven, Workhardening und nicht zuletzt das Assessment der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit.

(Neuro-) Psychologische Testdiagnostik

Insbesondere bei neurologischen und psychischen Erkrankungen, aber auch somatischen Erkrankungen, die sich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken können, kann eine (neuro-) psychologische Testdiagnostik helfen, Art und Umfang von Beeinträchtigungen abzubilden. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Anstrengungsbereitschaft des Rehabilitanden das Testergebnis mitbestimmt.

Strukturierte Beobachtung im Klinikalltag

Eine wenig systematisch genutzte Assessmentmöglichkeit ist die strukturierte Beobachtung der Alltagsbewältigung des Rehabilitanden im Setting der Reha-Einrichtung. Dauer und Häufigkeit von Verhaltensbeobachtungen sind wesentliche Punkte, die zur Validierung beitragen (ansonsten besteht die Gefahr der Übergeneralisierung einmalig gezeigten Verhaltens).

Achten Sie auf folgende Verhaltensmerkmale:

→ Wie geht die Person mit Anforderungen um, die an sie gestellt werden? Zeigt sie
- Anstrengungsbereitschaft,
- Anpassungsfähigkeit,
- Durchhaltefähigkeit,
- Flexibilität,
- Konzentrationsvermögen,
- eine strukturierte Herangehensweise,
- Entscheidungsfähigkeit,
- Belastungen körperlicher oder psychischer Art,
- eine Neigung, sich selbst zu überfordern und Belastungsgrenzen zu ignorieren?

→ Umgang mit Schmerz: Vermeider (fear avoidance) vs. „fröhliche Durchhalter“;

→ Soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit des Rehabilitanden;

→ Konsistenz zwischen verbalen Angaben des Rehabilitanden und spontan gezeigtem Verhalten (spiegeln sich die Beschwerden des Rehabilitanden auch in seinem spontanen Verhalten wider?).

Informationen zu (teilweise frei zugänglichen) Assessmentverfahren im Internet

- Eine Übersicht zahlreicher Testverfahren mit Beschreibung und Angaben zu Bezugsquellen bietet die Seite Assessment-Info.
- Ausführliche Beschreibungen verschiedener Assessmentinstrumente und deren Anwendung finden Sie auf der Seite Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation.
- Die DRV stellt eine Liste psychologischer Testverfahren zur Verfügung.

- Eine Auflistung von Assessmentinstrumenten für andere Berufsgruppen wird in den Manualen zum Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ beschrieben.
- Auch in den folgenden Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung werden Assessmentverfahren vorgeschlagen oder direkt zur Verfügung gestellt:

  Beurteilung bei chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED),
  Beurteilung bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen,
  Beurteilung bei neurologischen Krankheiten,
  Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen.

Konsistenzprüfung und Beschwerdenvalidierung

Ebenso wichtig wie das systematische Assessment von Funktions- und Partizipationsstörungen sind die Sicherstellung einer konsistenten Befundlage und die Validierung der vom Rehabilitanden geschilderten gesundheitlichen Beschwerden.

Die Leistungsbeurteilung am Ende der Rehabilitation wird – wie im Kapitel Leser und Nutzergruppen beschrieben – zur Beurteilung verschiedener sozialrechtlicher Fragestellungen herangezogen und kann Entscheidungen über Leistungsgewährungen beeinflussen.

Es muss damit gerechnet werden, dass Rehabilitanden aus unterschiedlichen Gründen ihre Fähigkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen nicht im tatsächlichen Ausmaß darstellen. Dabei wird unterschieden zwischen:

Verdeutlichung

Verdeutlichung ist ein normales (und berechtigtes) Vorgehen des Rehabilitanden, seine Beschwerden für den Arzt erkennbar und nachvollziehbar darzustellen. Hierbei spielt auch die Interaktion zwischen Behandler und Rehabilitand eine Rolle: Wirkt der Behandler desinteressiert, kann das für den Rehabilitanden ein Anlass sein, seine Beschwerden deutlicher darzustellen. (Herausforderungen in der professionellen Beziehungsgestaltung)

Aggravation

Unter **Aggravation** wird ein bewusstes Übertreiben tatsächlich vorhandener Beschwerden verstanden, das über Verdeutlichung hinausgeht und auf die Erlangung konkreter Vorteile ausgerichtet ist.

Simulation

Simulation ist ein gezieltes und bewusstes Vortäuschen nicht vorhandener Symptome, das ebenfalls auf die Erlangung von Vorteilen ausgerichtet ist (sekundärer Krankheitsgewinn, z. B. in Form von finanziellen Vorteilen oder Aufmerksamkeitszuwendung).

Dissimulation

Dissimulation kann in der Rehabilitation auftreten, wenn der Rehabilitand ein Interesse hat, seine Leistungsfähigkeit zu betonen, z. B. wenn er im Rahmen einer Aufforderung zum Reha-Antrag eine Umdeutung vermeiden möchte. Dissimulation ist auch bei Erkrankungen zu erwarten, die mit sozialer Ächtung einhergehen oder schambesetzt sind (z. B. Substanzmissbrauch/Sucht).

Unvermeidlich entsteht beim Kontakt mit Menschen ein erster Eindruck, der auch eine Einschätzung der Glaubwürdigkeit der Person beinhaltet. Das ist nicht problematisch, solange Sie sich dessen bewusst sind und diese erste subjektive Eindrucksbildung aktiv infrage stellen. Denn obwohl viele Menschen der Überzeugung sind, sie seien in der Lage, Täuschungsversuche zu erkennen, zeigen Untersuchungen, dass die Erkennungsraten nicht höher liegen als die Ratewahrscheinlichkeit (Volbert & Steller 2008). Überdies hegen sowohl Laien als auch Profis, die häufig mit Falschaussagen zu tun haben (Polizisten, Richter etc.), dieselben falschen Vorstellungen über Anzeichen, an denen eine Täuschung zu erkennen ist (Brewer & Williams, 2005). Der klinische Eindruck oder „Erfahrung“ allein sind somit keine verlässlichen Indikatoren bei der Identifikation nicht authentischen Verhaltens.

Konsistenzprüfung ist deshalb ein wichtiges Element in der Leistungsbeurteilung.

Konsistenzprüfung

In der Rehabilitation kann in der multidisziplinären längsschnittlichen Beobachtung des Rehabilitanden über die gesamte Dauer der Reha in der Regel die Konsistenz der berichteten und gezeigten Beeinträchtigungen geprüft werden. Hinzu kommen die Informationen aus den Vorbefunden.

Vorhandene Inkonsistenzen *können* ein Hinweis darauf sein, dass der Rehabilitand kein authentisches Verhalten zeigt – sie *müssen* es aber nicht.

Im Bereich der Begutachtung bei psychischen Erkrankungen gibt es vermehrt Arbeiten, die sich mit dem Thema der Beschwerdenvalidierung und dem Erkennen von unauthentischem Verhalten beschäftigen. So wurden Kriterienkataloge zur Beurteilung der Konsistenz erarbeitet. Am besten ausgearbeitet – wenn auch nicht unwidersprochen (Boone, 2007; Widder, 2017) – sind die Kriterien von Slick, Sherman & Iverson (1999). Diese wurden für vorgetäuschte kognitive Störungen entwickelt, das allgemeine Prinzip dahinter lässt sich jedoch auch auf andere Bereiche übertragen.

Slick-Kriterien zur Diagnose vorgetäuschter kognitiver Störungen

Kriterium	Erläuterung
A. Identifizierung eines bedeutsamen externalen Störungsgewinns	Eingangskriterium, das für die Feststellung einer Vortäuschung (Simulation oder Aggravation) positiv sein muss
B. Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus der neuropsychologischen Testdiagnostik stammen	**B1.** Unter-Zufall-Antworten in Alternativwahlverfahren **B2.** Weitere auffällige Ergebnisse in empirisch gut gestützten Beschwerdenvalidierungstests und -indikatoren **B3.** Diskrepanzen zwischen den Testdaten und bekannten Mustern von Hirnfunktionen/Hirnschädigungen **B4.** Diskrepanzen zwischen den Testdaten und dem beobachtbaren Verhalten **B5.** Diskrepanzen zwischen den Testdaten und zuverlässigen Informationen von dritter Seite **B6.** Diskrepanzen zwischen den Testdaten und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage
C. Hinweise auf Antwortverzerrungen, die aus den gelieferten Angaben des Probanden und der Selbstbeurteilung stammen	**C1.** Diskrepanzen zwischen den gelieferten Angaben und anamnestischen Informationen aus der Aktenlage **C2.** Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und den bekannten Mustern von Hirnfunktionen/-Hirnschädigungen **C3.** Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und dem beobachtbaren Verhalten **C4.** Diskrepanzen zwischen der Beschwerdenschilderung und zuverlässigen Informationen von dritter Seite **C5.** Hinweise auf eine Übertreibung oder Erfindung psychischer Dysfunktionalität, u. a. aus gut validierten Fragebogenskalen
D. Ausschluss anderer Ursachen	Die Verhaltensweisen, die unter B und C aufgeführt sind, dürfen nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden.

Von Slick, Sherman, & Iverson (1999) entwickelte Kriterien zur Diagnose einer vorgetäuschten kognitiven Störung, entnommen aus Merten (2014), S. 30.

Sicherheitsgrad der Feststellung vorgetäuschter kognitiver Störungen	Erfordernis
Sicher	Kriterien A, B1 und D müssen erfüllt sein.
Wahrscheinlich	Kriterien A und D sowie mindestens zwei der Kriterien B2-B6 oder eins der Kriterien B2-B6 und mindestens eines der Kriterien C1-C5 müssen erfüllt sein.
Möglich	**a)** Kriterien A und D sowie mindestens eines der Kriterien C1-C5 müssen erfüllt sein *oder* **b)** die Kriterien für eine sichere oder wahrscheinliche Vortäuschung sind erfüllt, aber Kriterium D ist nicht erfüllt.

Diagnostische Sicherheit der Feststellung vorgetäuschter kognitiver Störungen nach Slick, Sherman, & Iverson (1999), entnommen aus *Merten (2014), S. 31.*

Bianchini, Greve & Glynn (2005) haben eine Anpassung der Slick-Kriterien für simulierte schmerzbezogene Funktionsstörungen (SSFS) entwickelt.

Anpassung der Slick-Kriterien für die Diagnose simulierter schmerzbezogener Funktionsstörungen

Kriterium	Erläuterung
A. Hinweise auf bedeutsame externale Anreize	Mindestens ein klar identifizierter substantieller externer Anreiz für die Übertreibung oder Vortäuschung von Symptomen.
B. Hinweise aus der körperlichen Untersuchung des Patienten auf Übertreibung oder Vortäuschung einer körperlichen Einschränkung	**B1.** Verdacht auf suboptimale Leistungsanstrengung in einem oder mehreren gut validierten Testverfahren (z. B. Jamar Grip Test). **B2.** Diskrepanz zwischen subjektiv berichtetem Schmerzempfinden und physiologischen Parametern. **B3.** Nichtorganische Befunde: Symptome, die nicht mit bekannten physiologischen Mechanismen (z.B. Waddell-Zeichen) oder den medizinischen Befunden übereinstimmen. **B4**. Diskrepanz zwischen den gezeigten körperlichen Fähigkeiten bei der Untersuchung und in unbeobachteten Situationen.
C. Hinweise aus neuropsychologischen Testverfahren auf Übertreibung oder Vortäuschung einer *kognitiven* Beeinträchtigung	**C1.** *Sichere* negative Antwortverzerrung. Leistung unter der Zufallswahrscheinlichkeit ($p < .05$) bei einem oder mehreren Zwangswahlverfahren zur Messung von kognitiven oder Wahrnehmungsfunktionen. **C2.** *Wahrscheinliche* Antwortverzerrung. Auffällige Ergebnisse bei gut validierten Beschwerdenvalidierungstests. **C3.** Diskrepanz zwischen neuropsychologischen Testergebnissen und bekannten Hirnfunktionsmustern sowie der dokumentierten Krankengeschichte des Patienten. **C4.** Diskrepanz zwischen Testergebnissen und beobachtetem Verhalten in einem Ausmaß, das die Übertreibung einer kognitiven Funktionsstörung nahelegt.
D. Hinweise aus Angaben des Patienten zu Beschwerden oder Einschränkungen	**D1.** Überzeugende Inkonsistenz. Diskrepanz im Verhalten des Patienten zwischen beobachteten und unbeobachteten Situationen. **D2.** Diskrepanz zwischen selbst berichtetem und dokumentiertem Verlauf. **D3.** Berichtete Symptome weisen Diskrepanzen zu bekannten Mustern physiologischer oder neurologischer Funktionsweisen auf. **D4.** Selbst berichtete Symptome stimmen nicht mit beobachtetem Verhalten überein. **D5.** Hinweise aus standardisierten psychologischen Verfahren, dass die Person ihren gegenwärtigen Zustand grundlegend falsch dargestellt hat, z. B. durch Übertreibung körperlicher Symptome oder Übertreibung oder Bagatellisierung psychischer Symptome.
E. Ausschluss anderer Ursachen	Die Verhaltensweisen unter B, C und D können nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden. Das Vorhandensein einer objektiv dokumentierten Erkrankung schließt die Diagnose einer SSFS nicht aus.

Anpassung der Kriterien von Slick et al. (1999) für die Diagnose simulierter schmerzbezogener Funktionsstörungen nach Bianchini et al. (2005), eigene Übersetzung und Zusammenfassung.

Diagnostische Kategorien für die Diagnose einer simulierten schmerzbezogenen Funktionsstörung	
Sicher	1. Vorliegen eines substantiellen externen Anreizes (Kriterium A); 2. Eindeutige Hinweise auf Vorsatz (Kriterium C1 oder D1); 3. Verhaltensweisen, die den Kriterien für eindeutigen Vorsatz entsprechen (C1 oder D1), können nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden (Kriterium E)
Wahrscheinlich	1. Vorliegen eines bedeutsamen externen Anreizes (Kriterium A); 2. Zwei oder mehr Arten Hinweise auf „wahrscheinlichen" Vorsatz aus Kriterium B (B1-B5), Kriterium C (C2-C5) und/oder Kriterium D (D2-D6). 3. Verhaltensweisen aus den notwendigen Kriterien der Gruppen B, C und D können nicht vollständig durch psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren erklärt werden (Kriterium E).
Möglich	1. Vorliegen eines bedeutsamen externen Anreizes (Kriterium A); 2. Die Hinweise sind nicht ausreichend für die Diagnose einer wahrscheinlichen SSFS: – Nur eine Art Hinweise auf Vorsatz aus Kriterium B (B1-B5), Kriterium C (C2-C5 und/oder Kriterium D (D2-D6) *ODER* – Eine oder mehrere Arten Hinweise auf Vorsatz aus Kriterium B (B1-B5), Kriterium C (C2-C5) und/oder Kriterium D (D2-D6) *ODER* – Ausreichende Hinweise für eine Diagnose der MPRD, aber Kriterium E ist nicht erfüllt.

Diagnostische Sicherheit der Diagnose einer simulierten schmerzbezogenen Funktionsstörung nach Bianchini et al. (2005), eigene Übersetzung und Zusammenfassung.

Beschwerdenvalidierungtests

In der Begutachtung der Funktionsbeeinträchtigungen bei psychischen Störungen werden zur Erfassung unauthentischen Verhaltens Beschwerdenvalidierungstests eingesetzt. Sie beruhen in der Regel darauf, dass der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben für den Rehabilitanden schwer einzuschätzen ist. Sie enthalten Aufgaben zu kognitiven Funktionsbereichen (z. B. Gedächtnis) und ggf. Fragen zu Persönlichkeitsaspekten.

Beschwerdenvalidierungstests erlauben keine direkte Überprüfung der Authentizität von Beschwerden. Sie lassen Rückschlüsse auf das *allgemeine* Testverhalten zu, d. h. auf die Kooperationsbereitschaft in einer *Testsituation*. Sie geben so Hinweise, inwieweit die Ergebnisse weiterer Testverfahren zur Beurteilung des Funktionsvermögens herangezogen werden können. Beschwerdenvalidierungstests können eingesetzt werden, um zu überprüfen, ob ein Rehabilitand bewusst ein unzutreffendes Bild seiner Leistungsfähigkeit zeichnet.

Der Einsatz von Beschwerdenvalidierungstests erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik.

Geeignete Literatur

Merten (2014)
Dohrenbusch (2015)
Widder (2017)

Bitte beachten Sie: Für sich genommen sind Beschwerdenvalidierungstests nicht ausreichend, um Fragen der Konsistenzprüfung zu beantworten; sie können daher keinesfalls als alleinige Beurteilungsgrundlage dienen. Vielmehr sollte ein multimodales Assessment durchgeführt werden, zu dem neben Beschwerdenvalidierungstests immer auch eine Konsistenzprüfung im interdisziplinären Team gehört. Diese sollte die Aussagen des Rehabilitanden ebenso einbeziehen wie Vorbefunde, Fremdanamnesen und Verhaltensbeobachtung.

Abschließende Leistungsbeurteilung

Hilfreiche Fragen für die Erstellung der Leistungsbeurteilung

1. Kommt der Versicherte arbeitsunfähig oder arbeitsfähig?

2. Hat der Versicherte einen Arbeitsplatz?
   - → Wenn ja: Welche Anforderungen werden dort an den Versicherten gestellt? (Arbeitsplatzbeschreibung)

3. Wurde der Versicherte zum Reha-Antrag aufgefordert? (Bedeutung der Reha-Antragsinitiative)

4. Welche Erwartungen hat der Versicherte an die Rehabilitation? (Motivationale Aspekte)
   - → Mit Arbeitsplatz: Möchte er dort weiterarbeiten?
   - → Ohne Arbeitsplatz: Möchte er einen neuen Arbeitsplatz finden?
   - → Welche Hindernisse gibt es aus Sicht des Rehabilitanden für eine Rückkehr zum Arbeitsplatz?
   - → Wie schätzt der Rehabilitand seine berufliche Leistungsfähigkeit selbst ein?
   - → Wie ist seine subjektive Erwerbsprognose?

5. Welche Kontextfaktoren (Förderfaktoren oder Barrieren) liegen vor?
   - → Gab es lange Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Reha?
   - → Welches Bewältigungsverhalten zeigt der Rehabilitand? (z. B. "fröhlicher Durchhalter", depressiver Vermeider, Fixierung auf das Krankheitsgeschehen?)
   - → Gibt es Hinweise auf sekundären Krankheitsgewinn? (Besteht evtl. ein Renten-wunsch? Kann der Rehabilitand sich davon lösen?)
   - → Wirkt sein soziales Umfeld unterstützend oder eher belastend?
   - → Auf welche Bildungsressourcen kann er zurückgreifen?
   - → Hat der Rehabilitand Sprachprobleme?
   - → Wie stellt sich die Motivationslage des Rehabilitanden dar?

6. Welche Funktionseinschränkungen liegen vor?
   - → Ist damit eine vollschichtige Tätigkeit am letzten Arbeitsplatz möglich?
     Wenn nein: Gibt es Hilfen, die eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz ermöglichen können?
   - → Ist damit eine vollschichtige Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt möglich?
     Wenn nein: Ist diese innerhalb der nächsten 6 Monate realistischerweise zu erreichen?
   - → Besteht eine komorbide psychische Erkrankung? (Psychische Komorbidität)

7. Konnte während der Reha eine Besserung erreicht werden?
   - → Wie intensiv hat der Rehabilitand an der Besserung mitgewirkt?
   - → Ist eine weitere Besserung möglich/wahrscheinlich? (Berücksichtigung von Kontextfaktoren)

8. Welche Hinweise geben die indikationsspezifischen Leitlinien?

9. Welches Leistungsvermögen wird der Rehabilitand voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten erreichen können?

Zentrales Element der Leistungsbeurteilung ist die Prognose, denn wird ein Rehabilitand arbeitsunfähig aus der Reha entlassen, erfolgt die Leistungsbeurteilung prognostisch. Als Zeitraum werden dabei in der Regel 6 Monate angenommen.
Dabei ist nicht vom bestmöglichen Verlauf, sondern von einem realistischen Verlauf auszugehen.

Im PRÄVAL-Projekt (Radoschewski et al., 2012) standen folgende Vorgehensweisen in Zusammenhang mit einer guten Vorhersagegenauigkeit:

- → ausführliche Aufnahmegespräche auch unter Einsatz von im Vorfeld verteilten Fragebögen als Vorbereitung auf das Aufnahmegespräch
- → Einsatz vielfältiger Möglichkeiten zur Messung des Leistungsvermögens (Assessment)
- → gut ausgebaute klinikinterne Netzwerke
- → klinikinterne Supervision (in der Psychosomatik)
- → Intuition der Ärzte beruhend auf beruflicher Erfahrung (in der Psychosomatik)
- → Recherchen zur konkreten Arbeitssituation des Rehabilitanden
- → intensive Zusammenarbeit mit zuständigen Reha-Fachberatern

Zur Beantwortung der Fragen 4. bis 7. sollte das gesamte Reha-Team beitragen! Teambesprechungen helfen auch bei der abschließenden Entscheidungsfindung.

Resultierende Fallkonstellationen, notwendige Schritte und ihre Konsequenzen

„Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben muss wegen der sozialrechtlichen und persönlichen Konsequenzen für die Versicherten sorgfältig abgewogen werden."
(Leitfaden zum Reha-E-Bericht, DRV Bund, 2018c, S. 26)

Im Folgenden finden Sie die möglichen Fallkombinationen der Leistungsfähigkeit bei der letzten beruflichen Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Letzte Tätigkeit: ≥6h Allg. Arbeitsmarkt: ≥6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Der Rehabilitand kann seine Arbeit wieder aufnehmen.	Der Rehabilitand steht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.
Entlassungsform	AF oder AU (AU begründen)	AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt ggf. bei Entlassung AU; dann Eingliederungsplan erstellen (in Absprache mit dem Arbeitgeber)	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i.d.R. keine LTA; aber ggf. ankreuzen, falls … ▪ Hilfen erforderlich sind, damit die Tätigkeit weiter ausgeübt werden kann (z.B. Hebehilfe) ▪ in absehbarer Zeit die aktuelle Tätigkeit nicht mehr 6 Stunden und mehr ausgeübt werden kann	i.d.R. keine LTA, aber ggf. ankreuzen, falls … ▪ in absehbarer Zeit eine Tätigkeit wie die zuletzt ausgeübte nicht mehr 6 Stunden und mehr ausgeübt werden kann
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf	bei Bedarf

Letzte Tätigkeit: ≥6h Allg. Arbeitsmarkt: 3 bis <6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	**Diese Kombination ist sehr unwahrscheinlich.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis kann es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z.B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.	**Diese Kombination ist sehr unwahrscheinlich.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis konnte es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z.B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise oder bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt werden kann.	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise oder bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt werden kann.
Entlassungsform	AF oder AU (AU begründen)	gemäß AU-Richtlinien des G-BA; Bezugsgröße ist i. d. R. der allgemeine Arbeitsmarkt. AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	ggf. bei Entlassung AU	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i. d. R. keine LTA: ▪ Der jeweilige Einzelfall muss geprüft und Rücksprache mit der Rentenfachberatung bzw. dem Leistungsträger genommen werden. ▪ Beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden.	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf (nur im Fall der Weiterbeschäftigung)	entfällt

Letzte Tätigkeit: ≥6h Allg. Arbeitsmarkt: <3h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	**Diese Kombination ist nahezu ausgeschlossen.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis kann es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z. B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.	**Diese Kombination ist nahezu ausgeschlossen.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis konnte es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z. B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Bei Beendigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses prüft die DRV auf Antrag des Rehabilitanden, ob volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird.	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird.
Entlassungsform	AF oder AU (AU begründen)	AU
Stufenweise Wiedereingliederung	ggf. bei Entlassung AU	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i. d. R. keine LTA: ▪ Der jeweilige Einzelfall muss geprüft und Rücksprache mit der Rentenfachberatung bzw. dem Leistungsträger genommen werden. ▪ Beschreiben Sie die Ergebnisse der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden und ggf. mit dem Arbeitgeber, z. B. Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf (nur im Fall der Weiterbeschäftigung)	entfällt

Letzte Tätigkeit: 3 bis <6h Allg. Arbeitsmarkt: ≥6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Bei einem Leistungsvermögen von 6 oder mehr Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente i. d. R. nicht erfüllt.	Bei einem Leistungsvermögen von 6 oder mehr Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente i. d. R. nicht erfüllt. Der Rehabilitand steht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.
Entlassungsform	AU, falls der Rehabilitand in Vollzeit beschäftigt ist	gemäß AU-Richtlinien des G-BA; Bezugsgröße ist i.d.R. der allgemeine Arbeitsmarkt. AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	ggf. bei Entlassung AU und Weiterbeschäftigung in Teilzeit; dann Eingliederungsplan erstellen (in Absprache mit dem Arbeitgeber)	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	▪ Kreuzen Sie LTA an und beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden und ggf. dem Arbeitgeber, z. B. – Neuorientierung bei drohendem Arbeitsplatzverlust; – Schaffung einer dem Leistungsbild entsprechenden vollschichtigen Tätigkeit durch Arbeitsplatzanpassung, innerbetriebliche Umsetzung oder Qualifizierung; – Der Rehabilitand möchte trotz reduziertem Leistungsvermögen weiterhin vollschichtig tätig sein. ▪ LTA sind nicht zwingend erforderlich, wenn der Rehabilitand schon bisher in Teilzeit beschäftigt war und der Arbeitsplatz erhalten bleibt.	Kreuzen Sie LTA an und beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden.
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf	bei Bedarf

Letzte Tätigkeit: 3 bis <6h Allg. Arbeitsmarkt: 3 bis <6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	▪ Falls eine Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber in Teilzeit möglich ist, prüft die DRV auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise Erwerbsminderungsrente gewährt werden kann. ▪ Falls eine Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber nicht mehr möglich ist, prüft die DRV auf Antrag des Rehabilitanden, ob bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt werden kann.	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt wird.
Entlassungsform	AU, falls der Rehabilitand in Vollzeit beschäftigt ist	gemäß AU-Richtlinien des G-BA; Bezugsgröße ist i. d. R. der allgemeine Arbeitsmarkt. AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i. d. R. keine LTA: ▪ Der jeweilige Einzelfall muss geprüft und Rücksprache mit der Rentenfachberatung bzw. dem Leistungsträger genommen werden. ▪ Beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden und ggf. mit dem Arbeitgeber, z. B. Weiterbeschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber in Teilzeit.	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf (nur im Fall der Weiterbeschäftigung)	entfällt

Letzte Tätigkeit: 3 bis <6h Allg. Arbeitsmarkt: <3h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	**Diese Kombination ist sehr unwahrscheinlich.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis kann es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z. B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.	**Diese Kombination ist sehr unwahrscheinlich.** ▪ Bei einem solchen Arbeitsverhältnis konnte es sich nur um einen Nischenarbeitsplatz (z. B. vergönnungsweise im Familienbetrieb) handeln, der nicht den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entspricht. ▪ Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei dieser Tätigkeit und dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss erläutert werden.
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	▪ Falls eine Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber in Teilzeit möglich ist, prüft die DRV auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise Erwerbsminderungsrente gewährt werden kann. ▪ Falls eine Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber nicht mehr möglich ist, prüft die DRV auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird.	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird.
Entlassungsform	AU, falls der Rehabilitand in Vollzeit beschäftigt ist	AU
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i. d. R. keine LTA: ▪ Der jeweilige Einzelfall muss geprüft und Rücksprache mit der Rentenfachberatung bzw. dem Leistungsträger genommen werden. ▪ Beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden und ggf. mit dem Arbeitgeber, z. B. Weiterbeschäftigung in Teilzeit.	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf (nur im Fall der Weiterbeschäftigung)	entfällt

Letzte Tätigkeit: <3h Allg. Arbeitsmarkt: >6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Bei einem Leistungsvermögen von 6 oder mehr Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente i. d. R. nicht erfüllt.	Bei einem Leistungsvermögen von 6 oder mehr Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente i. d. R. nicht erfüllt. Der Rehabilitand steht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung.
Entlassungsform	AU	gemäß AU-Richtlinien des G-BA. Bezugsgröße ist i. d. R. der allgemeine Arbeitsmarkt. AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Kreuzen Sie LTA an und beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden und ggf. mit dem Arbeitgeber, z. B.: ▪ Neuorientierung bei drohendem Arbeitsplatzverlust; ▪ Schaffung einer dem Leistungsbild entsprechenden vollschichtigen Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber durch innerbetriebliche Umsetzung oder Qualifizierung	Kreuzen Sie LTA an und beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der beruflichen Perspektive mit dem Rehabilitanden.
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	bei Bedarf	bei Bedarf

Letzte Tätigkeit: <3h Allg. Arbeitsmarkt: 3 bis <6h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise oder bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt werden kann.	Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob eine teilweise oder bei verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt eine volle Erwerbsminderungsrente (Arbeitsmarktrente) gewährt werden kann.
Entlassungsform	AU	gemäß AU-Richtlinien des G-BA. Bezugsgröße ist i. d. R. der allgemeine Arbeitsmarkt. AF oder AU (AU begründen)
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	i. d. R. keine LTA: Beschreiben Sie das Ergebnis der Sondierung der Zukunftsperspektive mit dem Rehabilitanden.	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	entfällt	entfällt

Letzte Tätigkeit: <3h Allg. Arbeitsmarkt: <3h	Arbeitsplatz vorhanden	Kein Arbeitsplatz vorhanden
Hinweise	keine	keine
Konsequenzen dieser Leistungsbeurteilung	▪ Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben ist aufgehoben. Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird. ▪ Das positive und negative Leistungsvermögen braucht nicht erläutert zu werden.	▪ Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben ist aufgehoben. Die DRV prüft auf Antrag des Rehabilitanden, ob volle Erwerbsminderungsrente gewährt wird. ▪ Das positive und negative Leistungsvermögen braucht nicht erläutert zu werden.
Entlassungsform	AU	AU
Stufenweise Wiedereingliederung	entfällt	entfällt
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	entfällt	entfällt
Reha-Nachsorge / Funktionstraining / Rehabilitationssport	entfällt	entfällt

Rehabilitanden einbeziehen

Stellt sich zu Beginn der Rehabilitation heraus,

- dass berufliche Problemlagen bestehen
- und/oder die Erwerbsfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen über die Reha hinaus gefährdet ist
- und/oder der Rehabilitand sich selbst nicht für erwerbsfähig hält,

sollten Sie von Beginn an die Themen der Leistungsbeurteilung und der beruflichen Perspektiven beim Rehabilitanden ansprechen und bei Bedarf unterstützende Module einführen (z. B. Rehabilitanden-Edukation, Gespräche mit dem Sozialarbeiter, MBOR-Module).

- Arbeiten Sie heraus, dass Sie den Rehabilitanden dabei unterstützen wollen, sein weiteres (Berufs-)Leben so gut wie möglich zu gestalten, und spielen Sie mögliche Alternativen zur Rente durch (z. B. berufliche Alternativen auch außerhalb des gelernten Berufs, ggf. Veränderungen des Arbeitspensums, Umgestaltung des aktuellen Arbeits- platzes o. ä.).
- Machen Sie Ihre Doppelrolle als Behandler und Gutachter transparent.
- Eine empathische, wohlwollende und fürsorgliche Grundhaltung ist von Vorteil.
- Suchen Sie den offenen Dialog über die Leistungsbeurteilung: „Aus unserer Sicht stellt sich Ihre Leistungsfähigkeit so dar… Wie sehen Sie das?“
- Versuchen Sie, dem Rehabilitanden deutlich zu machen, dass die Leistungsbeurteilung anhand feststehender Kriterien erfolgt; diese gelten für alle Rehabilitanden gleichermaßen.
- Wenn Ihre Leistungsbeurteilung der Einschätzung des Rehabilitanden widerspricht, können Sie ihm zusichern, dass Sie auch seine Einschätzung im Entlassungsbericht aufschreiben werden.
- Besprechen Sie die weiteren Verfahrensweisen. Wie wird es weitergehen?
  - Was kann der Rehabilitand für sich bzw. seine Interessen tun?
  - Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es, wenn der Rehabilitand weiter im Beruf bleibt, bzw. wenn er aktuell arbeitslos ist?
- Oft denken Rehabilitanden nur bis zu einer gewünschten Rentengewährung, aber nicht darüber hinaus. Hier können Reflexionsfragen einen Denkprozess in Gang bringen:
  - Wie stellen Sie sich den Alltag vor, falls die Rente „durch“ ist?
  - Was wird sich ändern im Vergleich zu heute?
  - Wie hoch wäre die Erwerbsminderungsrente überhaupt?
  - …

Darstellung der Leistungsbeurteilung

Im Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation (DRV Bund, 2018c) finden Sie eine ausführliche Anleitung zum Erstellen des Reha-E-Berichts, in der auch auf Detailfragen eingegangen wird. Diesen Leitfaden sollten Sie kennen, wenn Sie mit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung befasst sind.

Wesentliche Kriterien für eine nachvollziehbare Darstellung der Leistungsbeurteilung finden Sie auf unserer Seite im Menüpunkt Qualitätsmerkmale.

Im Folgenden finden Sie einige zusätzliche Hinweise und eine Ausfüllhilfe für den Formularteil des Reha-Entlassungsberichtes.

Achten Sie beim Erstellen des Reha-E-Berichts auch auf folgende Aspekte:

- Achten Sie auf Konsistenz zwischen den Ankreuzfeldern (Blatt 1 und 1a-1) und dem Freitext in der sozialmedizinischen Epikrise (Blatt 1a-1 und 1a-2) bzw. dem ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht (Blatt 2).
- Schreiben Sie Funktionsdiagnosen statt einfacher Diagnosen, d. h. benennen Sie, welche Auswirkungen eine Diagnose hat (z. B. „Bewegungseinschränkung bei Multipler Sklerose“, und nicht nur „Multiple Sklerose“).
- Die Leistungsbeurteilung muss sich aus den Informationen im Reha-E-Bericht schlüssig ableiten lassen. Die Argumentation hierfür legen Sie in der sozialmedizinischen Epikrise dar.
- Belegen Sie Ihre Entscheidung mit diagnostischen Ergebnissen, der konkreten Leistung und dem konkreten Verhalten des Rehabilitanden.
- Entscheiden Sie nicht aus dem Bauch heraus, sondern halten Sie sich an die indikationsspezifischen Leitlinien; kennen und benutzen Sie die erforderlichen Fachbegriffe (wie im Glossar der DRV beschrieben).
- Versuchen Sie nicht, Eindeutigkeit und Entscheidungssicherheit zu vermitteln, wo keine besteht. Auch Inkonsistenzen und Unklarheiten können und müssen als solche benannt werden und können verschiedene Ursachen haben.
- Komorbide Erkrankungen sollten als Rehabilitationsdiagnosen nur aufgeführt werden, wenn sie für die Reha relevant waren. Es ist empfehlenswert, das Leistungsvermögen auf dem eigenen Fachgebiet bzw. dem der Reha-Einrichtung zu beurteilen und in der Epikrise bei Bedarf einen Hinweis auf eine evtl. leistungsbeeinträchtigende Komorbidität zu geben.
- Formulieren Sie den Reha-E-Bericht ausgewogen und sachlich neutral, auch wenn die Einschätzungen bezüglich der Leistungsbeurteilung divergieren oder es mit dem Rehabilitanden im Vorfeld Konflikte gab (freundlich im Ton, klar in der Sache).
- Die sozialmedizinische Epikrise und der ausführliche Entlassungsbericht sollten auch für medizinische Laien verständlich, plausibel und nachvollziehbar formuliert sein.

In der folgenden Abbildung finden Sie Hinweise zum Formularteil der Leistungsbeurteilung:

Reha-E-Bericht Blatt 1a-1

Hier können nur kurze Hinweise gegeben werden, ausführliche Informationen und Ausfüllhilfen finden Sie im **Leitfaden zum Reha-E-Bericht** der DRV. Das Beschreiben des positiven und negativen Leistungsvermögens entfällt, wenn ein quantitatives Leistungsvermögen von unter 3 Stunden für die letzte und für sonstige Tätigkeiten festgestellt wird.

Deutsche Rentenversicherung

Ärztlicher Entlassungsbericht **Ausfertigung für den RV-Träger** **Bereich Reha Bl. 1a - 1**

Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2, Ziffer 3.2.4) ☐ Beschäftigung besteht

Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann. ☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden

B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)
Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

1. **Positives** Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte

Arbeitshaltung im Stehen			im Gehen			im Sitzen		
☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise

Arbeitsorganisation ☐ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht

2. **Negatives** Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter **Abschnitt C.** beschrieben werden):

☐ psychomentale Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen

☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Sozialmedizinische Epikrise:
Erwerbsbezogene freitextliche Leistungsbeurteilung, bei der alle relevanten Aspekte des Gesundheitsstatus (somatisch, funktional, psychisch, sozial, edukativ) berücksichtigt werden müssen. Die Leistungsbeurteilung ist hier nachvollziehbar zu begründen. Auch das in absehbarer Zeit zu *erwartende* Leistungsvermögen sollte dargestellt werden. Die Selbsteinschätzung des Betroffenen hinsichtlich seiner beruflichen Leistungsfähigkeit sollte beschrieben und eventuelle Diskrepanzen zur sozialmedizinischen Einschätzung diskutiert werden.

Die **letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit:**
- jede Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts,
- unabhängig vom erlernten Beruf,
- wird auch angegeben, wenn aktuell keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (z. B. Hausfrauen, Arbeitslose, EM-Rentner).

Beschäftigung besteht, wenn sich der Rehabilitand bei Entlassung in einem Arbeitsverhältnis befindet.

Der *maximal mögliche* **zeitliche Umfang**
- bezieht sich nur auf den letzten Arbeitsplatz (wichtig: Arbeitsbedingungen und -belastungen!);
- wird auch bei Teilzeitkräften beurteilt;
- wird auch bei vorübergehender AU beurteilt.

Qualitatives Leistungsvermögen

Positives Leistungsvermögen: Was ist möglich und zumutbar?

Allgemeiner Arbeitsmarkt: Jede nur denkbare übliche Erwerbstätigkeit, für die Angebot und Nachfrage besteht (außer WFBM).

Körperliche Arbeitsschwere, die für den längsten Zeitraum zumutbar ist:
- *leicht*: Handhaben leichter Werkstücke, Tragen von < 10 kg;
- *leicht bis mittelschwer*: höchstens zu 50 % mittelschwere Arb.;
- *mittelschwer*: 1-3 kg schwere Werkstücke, Tragen v. 10-15 kg;
- schwer: Werkzeuge > 3 kg, Tragen von bis zu 40 kg.

Arbeitshaltung (bei LF > 6 Std. muss mindestens eine Arbeitshaltung mit „ständig" oder „überwiegend" eingeschätzt werden!):
- ständig (mehr als 90 % der Arbeitszeit);
- überwiegend (51 % bis 90 % der Arbeitszeit);
- zeitweise (bis zu 10% der Arbeitszeit).

Welche **Arbeitsorganisation** ist dem Rehabilitanden zumutbar?

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Sozialmedizinisch bedeutsame funktionelle *Einschränkungen* der Leistungsfähigkeit.

Psychomentale Funktionen
- geistig/psychische Belastbarkeit, Konzentrationsvermögen usw.

Sinnesfunktionen
- Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.

Bewegungsbezogene Funktionen
- Mobilität, Gebrauchsfähigkeit der Hände, Gang-/Standsicherheit.

Kardio-pulmonale Funktionen
- Ausdauer, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen usw.

Relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren
- Lärm, inhalative Belastungen, erhöhte Unfallgefahr u. ä.

Quantitatives Leistungsvermögen

Anzugeben ist der maximal *mögliche* Zeitraum, auch bei aktueller Teilzeittätigkeit.
- 6 Stunden und mehr: keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit;
- 3 bis unter 6 Stunden: die Erwerbsfähigkeit ist eingeschränkt;
- unter drei Stunden: die Erwerbsfähigkeit ist aufgehoben.

PROFESSIONELLE BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Die Grundhaltung, mit der Sie als Behandler und Beurteiler des Leistungsvermögens dem Rehabilitanden gegenübertreten, hat weitreichende Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Rehabilitation.

Auf den nächsten Seiten stellen wir Kernelemente und Herausforderungen der Beziehungsgestaltung sowie geeignete Maßnahmen vor.

„Das Gefährlichste, was passieren kann, ist, dass sich derjenige, der eine solche Einschätzung vornimmt, dessen nicht mehr bewusst ist, dass es eben auch auf seine persönlichen Haltungen ankommt."
(Jurist in unserem Projekt)

Kernelemente

Transparenz

Klären Sie die Rehabilitanden über Behandlungsziele und -methoden, Untersuchungsergebnisse sowie den Begutachtungsauftrag von Anfang an auf. So werden Sie als Behandler authentisch und konsistent wahrgenommen, und es kann Vertrauen aufgebaut werden. Das ist die wichtigste Voraussetzung für Kooperationsbereitschaft.

Auch vermeintlich „schlechte Nachrichten“ sollten Sie dem Rehabilitanden im persönlichen Gespräch vermitteln und nicht nur im schriftlichen Entlassungsbericht.

Menschen wollen verstehen, warum sie etwas tun sollen. Sie wollen Situationen mitgestalten (Situationskontrolle) und einschätzen können, wie es weitergeht (Vorhersehbarkeit). Das vermittelt ein Gefühl der Sicherheit – das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis (Grawe, 2004). Wenn Rehabilitanden den Sinn der Leistungsbeurteilung verstehen und den Verlauf der Rehabilitation mitgestalten können, kann dies die Kooperationsbereitschaft erhöhen.

Empathie und Respekt

Wenn Sie eine vertrauensvolle, von Empathie und Respekt geprägte **Arbeitsbeziehung** herstellen können, ist dies eine gute Basis für eine gelungene Interaktion. Sie wirkt sich günstig auf die (beiderseitige!) Behandlungszufriedenheit und die Prognose des Krankheitsverlaufs aus. Auch in der Rehabilitation zeigen sich langfristig bessere Behandlungsergebnisse, größere Behandlungseffekte und ein nachhaltiger Erfolg.

- Um **Empathie** zeigen zu können, sollten Sie verbale wie nonverbale (Gefühls-) Äußerungen und das Interaktionsverhalten des Rehabilitanden verstehen können.
- Gegenseitiger **Respekt** setzt eine grundsätzliche Akzeptanz der Person des Gegenübers voraus (nicht jedes Verhaltens!).

Natürlich ist die Beziehung zum Rehabilitanden nicht symmetrisch und kann es trotz aller Bemühungen um „Augenhöhe“ auch nicht sein. Gerade deshalb liegt die Verantwortung bei Ihnen, diese Beziehung bewusst wertschätzend und respektvoll zu gestalten.

Diese Wertschätzung sollte nicht an Bedingungen geknüpft sein (wie z. B. Arbeitsleistungen, Anstrengungsbereitschaft oder Sympathie). Versuchen Sie, die Perspektive des Rehabilitanden wertfrei nachzuvollziehen, ohne ihn für eine Abweichung von Ihren persönlichen Wertvorstellungen zu verurteilen.

Professionelle Distanz

Verwechseln Sie Empathie als hilfreiche Fähigkeit nicht mit Solidarisierung.

In der Rolle des Therapeuten übernehmen Sie naturgemäß häufig die Perspektive des Patienten. In der Rolle des Gutachters ist diese Sichtweise kontraproduktiv. Es ist jedoch durchaus möglich, die Motive und Ziele des Rehabilitanden nachzuvollziehen, ohne sich mit ihm zu solidarisieren. Daher sollten Sie stets die professionelle Distanz wahren, um die Leistungsbeurteilung so neutral und objektiv wie möglich durchführen zu können.

„Zu dem Bemühen um Neutralität gehört auch, dass der Sachverständige die Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Angaben des Versicherten kritisch hinterfragt und dass er im Gespräch ggf. auch konfrontierende Äußerungen macht.“ (Dohrenbusch, 2007, S. 29)

Herausforderungen

Einfluss persönlicher Wertvorstellungen

Vollkommene Objektivität und Neutralität sind nicht möglich, da die Leistungsbeurteilung stets vor dem Hintergrund Ihrer persönlichen Erfahrungen und Wertvorstellungen stattfindet. Diese können auch Ihre Bewertung der Leistungsfähigkeit beeinflussen, z. B. bezüglich der Zumutbarkeit bestimmter Tätigkeiten.

Gerade bei schwierig zu beurteilenden Grenzfällen können Ihre persönlichen Einstellungen einen bedeutsamen Einfluss auf das Ergebnis der Leistungsbeurteilung haben.

Unsere Einstellungen beeinflussen auch unsere Wahrnehmung: Bekommen wir Informationen, die nicht zu unseren Überzeugungen passen, entsteht kognitive Dissonanz. Diese wird als unangenehm empfunden und daher nach Möglichkeit vermieden. Das kann dazu führen, dass wir solche "unpassenden" Informationen ausblenden und selektiv nur die übereinstimmenden Informationen wahrnehmen und verarbeiten.

Dies geht zu Lasten der Neutralität und Objektivität und stellt eine mögliche Fehlerquelle bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit dar.

Antwortverzerrungen

Eine besondere Herausforderung stellen Rehabilitanden dar, die bemüht sind, ihr wirkliches Leistungsvermögen aus unterschiedlichen Gründen zu verbergen.

- Manche verfolgen trotz evtl. bestehender Leistungsfähigkeit andere Ziele als die erfolgreiche Rehabilitation oder Reintegration ins Erwerbsleben. Diese Rehabilitanden versuchen möglicherweise, Beschwerden zu übertreiben oder vorzutäuschen.
- Andere streben trotz fehlender Leistungsfähigkeit eine Rückkehr ins Erwerbsleben an und versuchen, ihre Beschwerden zu verharmlosen, um ihre Ziele zu erreichen.

Beispiel

Orthopädische Reha:
Herr K. hat ausgeprägte Kniegelenksarthrosen beidseits mit erheblichen Folgestörungen trotz TEP bei OP-Komplikationen. Leistungen zur Teilhabe sind indiziert, der Versicherte möchte aber (aus finanziellen Gründen so lange wie möglich) weiter auf dem Bau als Maurer arbeiten. Er geht deshalb auch in der Reha über seine Grenzen hinaus und ist bemüht, seine Beschwerden möglichst wenig zu zeigen.

Eine Prüfung der Beschwerdedarstellung auf Konsistenz ist deshalb unverzichtbar.

Die Ungewissheit bezüglich der Motivlage des Rehabilitanden kann ungünstigen Einfluss auf Ihre Unvoreingenommenheit haben.

Die notwendige Konsistenzprüfung wiederum wirft das Problem der Vertrauenswürdigkeit aus Rehabilitandensicht auf: Er soll sich Ihnen ehrlich anvertrauen, weiß aber, dass diese Informationen auch – vermeintlich – „gegen ihn verwendet“ werden können. Zudem können divergente Einschätzungen der Leistungsfähigkeit zu Konflikten mit dem Rehabilitanden führen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, mit diesem Thema zwar transparent, aber ausreichend feinfühlig umzugehen und die Motive des Rehabilitanden zu ergründen. Eine unauffällig

ausgefallene Konsistenzprüfung kann dem Rehabilitanden aber auch Steine aus dem Weg räumen: Der Empfehlung des Gutachtens wird dann eher gefolgt und der formale Entscheidungsprozess so nicht unnötig verlängert.

Rollenkonflikt zwischen therapeutischer und gutachterlicher Grundhaltung

In der Reha-Klinik befinden Sie sich in einer Doppelrolle als Behandler und Begutachter. Als Behandler sind Sie Vertrauter und Verbündeter des Rehabilitanden und versuchen, seine Perspektive einzunehmen. Als Begutachter müssen Sie auch das Wohl der Gesellschaft sowie finanzielle und gesetzliche Rahmenbedingungen berücksichtigen.

Durch diese Doppelrolle ergibt sich ein Dilemma: Sie müssen einerseits ein Vertrauensverhältnis zum Rehabilitanden aufbauen, andererseits aber auch (manchmal unliebsame) Entscheidungen treffen und kommunizieren. Dies kann bezeichnet werden als „Spannungsfeld zwischen Empathie und therapeutischer Unterstützung einerseits und der kritischen Bewertung der Auswirkungen der Beschwerden des Rehabilitanden auf die berufliche Leistungsfähigkeit andererseits“ (Derra, 2016, S. 80).

Möglicherweise werden Sie aufgrund dessen vom Rehabilitanden als nicht vertrauenswürdig angesehen, was den Beziehungsaufbau und die Behandlung naturgemäß erschwert. Realisiert der Rehabilitand, dass Sie nicht uneingeschränkt auf seiner Seite stehen, erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit negativer Antworttendenzen.

„Eine einseitig wohlwollend-empathische Haltung dürfte dabei ebenso wenig konstruktiv und zielführend für die Gestaltung des gutachterlichen Dialogs und die Entscheidungsfindung sein wie eine Haltung, die sich [ausschließlich] auf den Nachweis der noch verbliebenen Funktions- oder Leistungsfähigkeit beschränkt“ (Dohrenbusch, 2007, S. 29).

Verdeutlichen Sie dem Rehabilitanden, dass die Diagnose der Erkrankung bestehen bleibt, auch wenn er als leistungsfähig eingeschätzt wird. Es geht nicht darum, seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzuwerten oder nicht ernst zu nehmen.

Maßnahmen

Selbstreflexion

Für eine korrekte Leistungsbeurteilung ist es wichtig, empathisch mit dem Rehabilitanden umzugehen und gleichzeitig die professionelle Distanz zu wahren.

Dies wird möglich, indem Sie Ihre Rollen, Erfahrungen und Wertvorstellungen reflektieren, um sie nicht auf den Rehabilitanden zu projizieren.

Wenn Sie sich diese Zusammenhänge regelmäßig bewusst machen, tun Sie schon viel für die gebotene Neutralität und auch für Ihre Psychohygiene.

Als Anregung finden Sie im Folgenden einige Fragen zur Selbstreflexion.

Fragen zur Selbstreflexion

- → Wie geht es Ihnen in Ihrer Rolle als Behandler? (Fühlen Sie sich darin wohl? Klappt es gut? Kennen Sie Ihre Möglichkeiten?)
- → Wie geht es Ihnen in Ihrer Rolle als Gutachter? (Fühlen Sie sich darin wohl? Klappt es gut? Kennen Sie Ihre Möglichkeiten?)
- → Wem oder was fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit verpflichtet? (Dem Arbeitgeber, dem Rehabilitanden, der Rentenversicherung, eigenen Werten und Vorstellungen?) Wie wirkt sich das auf Ihre Arbeit aus?
- → Welche Rolle spielen Leistung, Arbeit und Anstrengungsbereitschaft für Ihr eigenes Leben? Finden Sie, andere Menschen sollten das ähnlich bewerten?
- → Was empfinden Sie persönlich als „gerecht“? Und warum?
  Wie reagieren Sie selbst emotional auf empfundene Ungerechtigkeit?
- → An welche Voraussetzungen oder Eigenschaften ist Ihre Sympathie für Rehabilitanden geknüpft? Versuchen Sie, an jedem Rehabilitanden etwas Positives zu finden - auch an „schwierigen“?
- → Ärgern Sie sich über Rehabilitanden mit Berentungswunsch? Falls ja, warum?
- → Ärgern Sie sich über jammerndes oder forderndes Verhalten von Rehabilitanden? Falls ja, warum?
- → Wie gehen Sie mit Verdeutlichungstendenzen um?
- → Warum gehen Ihrer Meinung nach manche Rehabilitanden mit derselben Gesundheitsstörung arbeiten, andere werden damit berentet? Was unterscheidet diese Rehabilitanden Ihrer Meinung nach voneinander?
- → Wie viel Einflussmöglichkeit oder Steuerungsfähigkeit sehen Sie bei den verschiedenen Gesundheitsstörungen seitens der Rehabilitanden?
- → Wie viele Schmerzen oder wie viel Anstrengung sind Ihrer Meinung nach zumutbar? Was begründet aus Ihrer Sicht „Zumutbarkeit“?
- → Oft vernachlässigt, jedoch nicht zu unterschätzen ist Ihre aktuelle Verfassung bzw. Tagesform: Stehen Sie unter Druck? Gibt es Konflikte im Beruf oder privat? Oder sind Sie gerade besonders glücklich und heiter gestimmt? Haben Sie sich heute schon über irgendetwas geärgert? Zum Beispiel über „schwierige“ Rehabilitanden?

Nicht damit alleine bleiben: Intervision, Supervision, Coaching, Beratung

Neben der Selbstreflexion kann der regelmäßige Austausch unter Kollegen in der Intervision zur Relativierung der eigenen Sichtweise und zur eigenen Entlastung in der Verantwortung für die sozialmedizinische Einschätzung beitragen. Dabei sollten Sie nicht in gemeinsames „Schimpfen“ verfallen und sich nicht in voreiligen Schlussfolgerungen oder unreflektierten Wertvorstellungen gegenseitig bestärken.

Es ist sinnvoll, diesen Reflexionsprozess auch durch professionelle Kräfte zu unterstützen. Dafür eignen sich externe (!) Psychologen als Supervisoren, Berater oder Coachs. Sowohl Einzelgespräche als auch Beratung im Team können Impulse und Denkanstöße geben, um mit den Anforderungen souverän umzugehen.

Es ist hilfreich, wenn die Supervisoren Erfahrungen im Reha-Kontext haben, dies können z.B. Oberärzte oder Chefärzte aus (psychosomatischen) Reha-Abteilungen anderer Reha-Einrichtungen sein.

Kommunikation mit dem Rehabilitanden: Reden ist Silber, Zuhören ist Gold

Eine gute Arzt-Rehabilitanden-Beziehung sowie eine erfolgreich vermittelte Krankheitseinsicht sind die Grundvoraussetzungen für Adhärenz.

Exkurs: Adhärenz vs. Compliance

Adhärenz bezieht sich auf das Einhalten gemeinsam mit dem Arzt erarbeiteter und partizipativ entschiedener Behandlungsmaßnahmen. Compliance beschreibt das reine Befolgen ärztlicher Anweisungen in einem antiquierten paternalistischen Modell. Da in der Rehabilitation mit partizipativen Zielvereinbarungen gearbeitet wird, verwenden wir hier den Begriff *Adhärenz*.

Die Beziehung zum Rehabilitanden und dessen Kooperationsbereitschaft können unter anderem durch **kommunikative Maßnahmen** verbessert werden, beispielsweise durch

- Einfühlen in die Perspektive des Rehabilitanden, z. B. durch Erfragen seiner Erwartungen;
- ein gemeinsames Erarbeiten der Reha-Ziele;
- die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung;
- die Vermittlung von sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen;
- klare, verständliche Kommunikation.

Exkurs: Gesprächsführungstechniken

Eine gelungene Interaktion mit dem Rehabilitanden setzt eine konstruktive und zielführende Gesprächsführung voraus. Abhängig von der Zielsetzung und dem Anlass eines solchen Gesprächs können verschiedene Gesprächsführungstechniken hilfreich sein. Hier finden Sie einige Anregungen.

→ **WWSZ-Technik** als allgemeine Kommunikationstechnik:
- **W**arten (ob der Rehabilitand von sich aus das Gespräch fortsetzt);
- **W**iederholen (was der Rehabilitand gerade gesagt hat)
- **S**piegeln (Rückmeldung geben)
- **Z**usammenfassen (der Äußerungen des Rehabilitanden in eigenen Worten)

→ **NURSE-Technik** zum Umgang mit Emotionen im Gespräch:
- **N**ame (Emotionen benennen und spiegeln)
- **U**nderstand (Verständnis äußern und warten)
- **R**espect (den Rehabilitanden für Anstrengungen loben, mit dem Problem umzugehen)
- **S**upport (Unterstützung anbieten, wenn möglich)
- **E**xplore (aktuelle Gefühle des Rehabilitanden explorieren)

→ **CALM-Technik** zum Umgang mit fordernden und aggressiven Patienten/Rehabilitanden:
- **C**ontact (mit dem Gegenüber ruhig und freundlich in Kontakt bleiben);
- **A**ppoint (wahrgenommene Emotionen des Gegenübers verbalisieren und aushalten);
- **L**ook ahead (auf der Meta-Ebene Spielregeln klären für die weitere Zusammenarbeit);
- **M**ake a decision (Angebote machen: zur weiteren Zusammenarbeit, zu Alternativen, für Zeit zum Nachdenken).

Bei Hausteiner-Wiehle & Schaefert (2015) finden Sie außerdem weitere nützliche Tipps und Hinweise zu Gesprächsführungstechniken, u. a. zum aktiven Zuhören und zu Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI). Es werden von verschiedenen Veranstaltern auch Fortbildungen zu diesem Thema angeboten, in deren Rahmen Sie einzelne Techniken einüben oder vertiefen können.

Trennung therapeutischer und gutachterlicher Aufgaben

Um Rollenkonflikte bereits im Vorfeld zu vermeiden, kann die Möglichkeit einer personellen Trennung therapeutischer und gutachterlicher Aufgaben erwogen werden.

Manche Autoren halten die Doppelrolle als Therapeut und Gutachter für schlecht vereinbar, denn die Leistungsbeurteilung bedarf einer „über die therapeutische Distanz hinausgehende[n] Form der Neutralität“, die „mit der Rolle des Therapeuten oft nicht gut zu vereinbaren“ ist (Derra, 2016, S. 79). Dies gilt insbesondere in der psychosomatischen Reha, da dort die therapeutische Beziehung für die Behandlung zentral ist.

Andere Autoren sehen die Rollen nicht als unvereinbar an, wenn das Rollenverständnis regelmäßig (auch im Team) reflektiert und transparent kommuniziert wird. Mit einer neutralen und empathischen Haltung könne damit auch in der Doppelrolle eine ausreichende gutachterliche Neutralität, Objektivität und Kooperationsbereitschaft des Rehabilitanden erreicht werden.

REHA-TEAM

Idealerweise trägt das Reha-Team in seiner Gesamtheit zur Erstellung des Leistungsbildes bei. Voraussetzung dafür ist die interdisziplinäre Kooperation der beteiligten Berufsgruppen im Verlauf der medizinischen Rehabilitation, wie sie im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, 2009) vorgesehen ist.

Von den Nutzern der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wird die Interdisziplinarität hochgeschätzt. Sie stellen aber auch fest, dass dieses Potential oft zu wenig genutzt wird oder die Einschätzungen der einzelnen Berufsgruppen nicht hinreichend integriert werden:

„Die Reha hat ja … den … Vorteil, … dass ein Verhalten über einen längeren Zeitraum von verschiedenen Berufsgruppen und Therapeuten … in verschiedenen Situationen gesehen werden kann. Und … dass … verschiedene Therapeuten den Betreffenden wirklich abbilden, was geht und was nicht geht, … und das wird meines Erachtens zu wenig genutzt.“

(Sozialmediziner in unserem Projekt)

Beitrag der Berufsgruppen zur Leistungsbeurteilung

- **Ärzte**
  - Gesamtverantwortung für die Leistungsbeurteilung
  - Anamnese und medizinischer Befund
  - Bewertung des Therapieerfolgs
  - Prognose
  - Erstellung der Leistungsbeurteilung
  - Besprechung des Reha-Ergebnisses inklusive Beurteilung des Leistungsvermögens mit dem Rehabilitanden
- **Psychologen / Psychologische Psychotherapeuten**
  - Diagnostik psychischer Erkrankungen und damit verbundener Leistungseinschränkungen
  - Erhebung und Beschreibung psychischer Ressourcen und Einschränkungen
  - Aussagen zur psychischen Belastbarkeit und zu motivationalen Faktoren
  - Testdiagnostik
  - Verhaltensbeobachtung in Gruppen und Einzelsetting
- **Funktionstherapeuten (Physio-, Ergo-, Sporttherapeuten, Logopäden, Masseure, Ökotrophologen …)**
  - Diagnostik von Funktionseinschränkungen
  - Beurteilung des Behandlungsfortschritts
  - Beobachtung des Rehabilitanden im Behandlungssetting (Wahrnehmung der Therapiebeteiligung, Ängste, Anstrengungsbereitschaft, Überforderungshaltung)
- **Sozialarbeiter / Sozialpädagogen (klinischer Sozialdienst)**
  - Anamnese: Arbeits-, Berufs- und Sozialanamnese
  - Erhebung des Anforderungsprofils der beruflichen Tätigkeit
  - Identifizierung von Barrieren und Förderfaktoren (Kontextfaktoren)
  - Unterstützung einer realistischen Einschätzung des Rehabilitanden bezüglich seiner beruflichen Perspektive und seiner Ansprüche auf Versorgungsleistungen
  - Kenntnis der sozialrechtlichen Zusammenhänge und der Leistungen anderer Träger
- **Pflegekräfte**
  - Beobachtung des Rehabilitanden im Stations- und Pflegekontext (Verhalten im Klinikalltag, Versorgungsbedürfnis, Selbständigkeit, Beschwerdenfokussierung)

Diagnostische Instrumente und Assessmentverfahren aus der Medizin, der Psychologie und der Bewegungs- und Ergotherapie eignen sich zur Erfassung von Funktionseinschränkungen und zur Feststellung von therapeutischen Fortschritten sowie zur Verhaltensbeobachtung und Beschwerdenvalidierung. Sie stellen wertvolle Beiträge zur Leistungsbeurteilung dar.

Zusammenarbeit im Reha-Team

Das Reha-Team ist in aller Regel heterogen. Dies bezieht sich sowohl auf persönliche Einstellungen als auch auf die Erfahrung mit sozialmedizinischen Fragestellungen und die berufliche Qualifikation. Diese Heterogenität kann hilfreich sein und zu einer umfassenden Gesamtbeurteilung aus verschiedenen Perspektiven führen.

Folgende Merkmale sind für eine gute Zusammenarbeit in der Leistungsbeurteilung förderlich:

- Gemeinsames Aufgabenverständnis;
- Wissen um und Wertschätzung der Kompetenzen der Anderen;
- Effektive Kommunikation im Reha-Team;

  Für eine effektive Zusammenarbeit muss geklärt werden, wie die Kommunikation im Reha-Team abläuft. Folgende Punkte sollten geregelt sein:

  → Wann und wo finden die Teamsitzungen statt?

  → Wer nimmt regelhaft an den Teamsitzungen teil?

  → Was ist die Aufgabe der Teamleitung?

  → Wie wird die Entscheidungsfindung im Team gestaltet?

  → Wie werden die Informationen und Ergebnisse dokumentiert und allen Beteiligten zugänglich gemacht?

  → Wie werden relevante Informationen außerhalb regelhafter Teamsitzungen zeitnah übermittelt?

- ICF als gemeinsamer Denk- und Kommunikationsansatz;

  Vorteilhaft für die Kommunikation im Reha-Team ist eine gemeinsame Sprache. Hier bietet sich das ICF-Modell an. Es ermöglicht die Beschreibung des individuellen Profils der Funktionsfähigkeit einer Person und die Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe. Damit bietet es auch eine gute Grundlage für die Leistungsbeurteilung.

- Information aller Teammitglieder über Rehabilitanden, deren Leistungsbeurteilung besonderer Aufmerksamkeit bedarf;

  „Manchmal … fragen [wir] eben andere Kollegen auch noch, wie die diesen Patienten sehen, wenn die den auch kennen. Das ist oft sehr hilfreich, sodass man dann letztlich zu einer einheitlichen Einschätzung kommt. … Auch gerade durch unsere Sozialarbeiterin lerne ich unheimlich dazu, auch was die Konsequenzen meiner Entscheidung ja dann letztlich angeht."

  (Psychologin in einem unserer Interviews)

  „Also es gibt Patienten, wo man denkt, warum soll der jetzt arbeitsunfähig sein? Es gibt andere, wo wir denken, der kann nicht arbeiten. Also das gibt es mal, aber das ist schon … transparent und durchlässig. Also ich kann das schon sagen, dass ich das anders sehe. … Es ist eher so, dass die Kollegen sehr dankbar sind für unsere Verhaltensbeobachtungen. Es ist jetzt nicht so, dass das lästig ist oder so."

  (Ergotherapeutin in einem unserer Interviews)

- Alle Teammitglieder sollten über die mit dem Rehabilitanden vereinbarten Reha-Ziele informiert sein.

  Jedes Teammitglied sollte wissen, welche Informationen und Beobachtungen es zur Leistungsbeurteilung beibringen soll.

  „Ein klarer Auftrag, eine klare Zielsetzung, warum soll ich das Ganze machen. Soll ich es nur machen, weil der Arzt sich dann ein bisschen leichter tut, oder soll ich es machen, weil man wirklich versucht rauszufinden, was kann er, was kann er nicht, oder wenn er arbeitslos ist und dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, ihm zu sagen: Okay, den Job kannst du gut machen, aber den kannst du auch gleich lassen, weil, das wird einfach nicht gehen. Also eine klare Auftragslage, klare Zielsetzung und auch eine

Interaktion, dass ich nicht alleine bin mit meiner Einschätzung, zu hören, da macht er es so, da macht er es so und ich sehe es so."

(Physiotherapeutin in einem unserer Interviews)

- Zugang aller Teammitglieder zur Patientendokumentation;

Alle Team-Mitglieder sollten die Möglichkeit haben, eigene fachbezogene Erkenntnisse zur Leistungsbeurteilung beizusteuern. Einzelbefunde und Beobachtungen sollten in der Patientenakte dokumentiert werden. (Datenschutz beachten)

„[Rehabilitanden], die gegebenenfalls in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung Unsicherheiten aufweisen könnten, die haben wir relativ schnell hier detektiert … Wir sind hier überall vernetzt, also egal, an welchen Computer Sie hier gehen … haben Sie dann, wenn es Sie interessiert, diese sozialmedizinische Leistungsbeurteilung … Also da können alle reingucken, … jeder weiß dann eben, da müssen wir gucken, in welche Richtung es geht, und müssen gegebenenfalls dahingehend unterstützen, dass die Richtung auch erzielt wird."

(Chefarzt in einem unserer Interviews)

- Die Befunde und Beobachtungen aller Teammitglieder sollten in die Gesamtbeurteilung eingehen.

Die Verdichtung der gesammelten Informationen zu einer schlüssigen Leistungsbeurteilung ist Aufgabe des Arztes, in psychosomatischen Kliniken auch des psychologischen Psychotherapeuten.

MITARBEITERQUALIFIZIERUNG

In der Ausbildung von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Funktionstherapeuten und Pflegekräften spielt die Sozialmedizin in der Regel nur eine randständige Rolle. Angehörige dieser Berufsgruppen sehen ihre Tätigkeit in erster Linie als therapeutische Aufgabe. Die Arbeit in einer Rehabilitationseinrichtung erfordert hier eine zusätzliche Perspektive, denn die Einschätzung des Leistungsvermögens ist neben den kurativen Aufgaben ein Kernelement der Rehabilitation.

Neue Mitarbeiter sollten daher zu Beginn ihrer Tätigkeit in sozialmedizinisches Denken eingeführt und mit den wichtigsten Begrifflichkeiten vertraut gemacht werden. Dies gilt nicht nur für die Ärzte, sondern für alle Mitarbeiter, die im interdisziplinären Reha-Team zur Leistungsbeurteilung beitragen.

Basiswissen für Mitarbeiter

Ziel der Rehabilitation ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Jeder Rehabilitand muss bezüglich seines quantitativen (zeitlichen) und qualitativen (positiven und negativen) Leistungsvermögens beurteilt werden.

Mitarbeiter vieler Berufsgruppen tragen zur ärztlichen Leistungsbeurteilung bei. Sie sind deshalb nicht nur Behandler, sondern auch Beurteiler. Sie müssen sich ihrer Doppelfunktion bewusst sein und beide Rollen in Einklang bringen können.

Mitarbeiter sollten wissen,

- welchen Beitrag sie zur Beurteilung des Leistungsvermögens im Reha-Team leisten können;
- welche Faktoren in die Leistungsbeurteilung einfließen;
- welche Auswirkungen der Beurteilung des Leistungsvermögens für den Rehabilitanden haben kann;
- welche Möglichkeiten der Weiterbehandlung und Nachsorge einer Reha folgen können.

Die Mitarbeiter sind mit dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit nach ICF vertraut.

Interne Qualifizierungswege

Klinikinterviews und Befragungen haben gezeigt, dass die Einarbeitungspraxis in den Kliniken sehr heterogen und wenig standardisiert ist.

Folgende Einarbeitungsstrategien haben sich bewährt:

- Aufnahme der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in den systematischen Einarbeitungsplan für alle Mitarbeiter;
- Aushändigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, 2018c);
- Zugang zu den indikationsspezifischen Leitlinien und zum Sozialmedizinischen Glossar;
- Vermittlung des Beitrags der Berufsgruppe zur Leistungsbeurteilung;
- Einführung in Kategorien der Verhaltensbeobachtung und Assessmentmöglichkeiten;
- Anleitung und Patenschaft durch einen erfahrenen Kollegen;
- Hospitation bei anderen Berufsgruppen;
- Systematische und strukturierte Fallbesprechungen (ggf. mit regelmäßiger Supervision durch Außenstehende);
- Benennung von berufsgruppenspezifischen Experten für die Leistungsbeurteilung, die auch als Ansprechpartner für andere Berufsgruppen dienen können;
- Klinikinterne Fortbildungsveranstaltungen.

  Zur Unterstützung können bei der DRV Bund Materialien angefordert werden, die eine konkrete Anleitung zur Vorbereitung und Durchführung von internen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ bieten. Zusätzlich werden Folienhilfen, Informationsmaterial und Handouts zur Verfügung gestellt. Referenten können diese Materialien unter folgender E-Mail-Adresse anfragen: *fortbildungen[at]drv-bund[punkt]de*

Externe Fortbildungsmöglichkeiten

Zusatzqualifikationen

- Ärztliche Weiterbildung „Sozialmedizin“

  Informationen über die ärztliche Weiterbildung erteilen die Landesärztekammern.
  Die Kurse werden von den Akademien für Sozialmedizin durchgeführt.
  Die Weiterbildung umfasst je 160 Stunden Grundkurs und 160 Stunden Aufbaukurs.
  Das Thema „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ ist Bestandteil des Aufbaukurses.
  Die Landesärztekammern stellen nach erfolgreich abgelegter Prüfung Urkunden für die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ aus.

  Eine Auflistung der Adressen der Weiterbildungseinrichtungen finden Sie auf der Website der Deutschen Rentenversicherung.

- Zertifizierung „Fachpsychologe/in für Rehabilitation“

  Psychologen mit Diplom- oder Masterabschluss können das Zertifikat „Fachpsychologe/in für Rehabilitation“ des Bundes deutscher Psychologinnen und Psychologen BDP erwerben, wenn sie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der Rehabilitation und eine kontinuierliche Fortbildung auf diesem Gebiet absolviert haben. Erforderlich sind 140 Stunden theoretische Weiterbildung.

  Genauere Angaben finden Sie auf der Website der Deutschen Psychologen Akademie.

Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Rentenversicherung

- Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team
  Veranstaltungsort: Bildungszentrum Erkner

  ### Fortbildungsreihe I für das Reha-Team

  Zielgruppe: Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler (Diplom, BA, MA), Sportlehrer (Diplom, BA, MA), Sozialarbeiter (Diplom, BA, MA), Sozialpädagogen (Diplom, BA, MA), Psychologen (Diplom, MA) und Psychologische Psychotherapeuten

  Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für alle Berufsgruppen
  Modul 2a: Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
  Modul 2b: Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
  Modul 2c: Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
  Modul 2d: Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung
  Modul 3: Sozialmedizin im Reha-Team für alle Berufsgruppen (Absolventen der Module 1 und 2)

  ### Fortbildungsreihe II für Psychologische Psychotherapeuten

  Zielgruppe: Psychologische Psychotherapeuten
  Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten
  Modul 2: Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

- Sonstige Fortbildungen der deutschen Rentenversicherung

  Die Deutsche Rentenversicherung bietet laufend Fortbildungen zu Teilhabeleistungen und zur sozialmedizinischen Beurteilung bei verschiedenen Erkrankungen sowie zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) an.

Informationen, Themen, Termine, weitere Veranstaltungsorte und Anmeldeformulare finden sich auf der Website der Deutschen Rentenversicherung.

Fortbildungsveranstaltungen anderer Einrichtungen

Veranstaltungen zu Rehabilitation, ICF, Leistungsbeurteilung und Kommunikation werden auch von anderen Einrichtungen angeboten. Es lohnt sich daher, sich regelmäßig über deren Programme zu informieren.

Folgende Organisationen bieten zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen an:

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation DEGEMED
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten DVE
- Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e. V. ZePG

INFORMATIONSQUELLEN

Hier finden Sie alle aufgeführten Quellen sowie weiterführende Literaturhinweise.

Alle für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung relevanten sozialmedizinischen Fachbegriffe werden im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung aufgeführt und definiert.
Das Glossar ist als PDF abrufbar.

Weitere wichtige Begriffe und Konzepte werden auch im Glossar der Seite Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation erläutert.

Literatur alphabetisch sortiert

Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (2008). Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen et al.: Hogrefe.

Bianchini, K., W Greve, K., & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. The spine journal: official journal of the North American Spine Society, 5, 404–417.

Boone, K. B. (2007). Assessment of Feigned Cognitive Impairment: A Neuropsychological Perspective. Guilford Press.

Brewer, N. & Williams, K. D. (2005). Psychology and Law: an empirical perspective. New York: Guilford Press.

Buchholz, A., Spies, M., & Brütt, A. (2015). ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review. Die Rehabilitation, 54(03), 153–159. DOI 10.1055/s-0035-1548897

Derra, C. (2016). Sozialmedizinische Begutachtung. In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch. Berlin Heidelberg: Springer.

Diehl, R. G., Gebauer, E., Groner, A. E. & Deitmaring, H. (2014). Kursbuch Sozialmedizin: Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: MMI, Neu-Isenburg.

Dohrenbusch, R. (2007). Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen: Konzepte – Methoden – Beispiele. W. Kohlhammer Verlag.

Dohrenbusch, R. (2015). Psychologische Mess- und Testverfahren für die Begutachtung im Sozial-, Zivil- und Verwaltungsrecht: Übersicht und Anwendung. Frankfurt, M: Referenz-Verl.

DRV Bund (Hrsg.) (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2012). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2015). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2018a). Exploration mittels Mini-ICF-APP. Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychische Erkrankungen. Ein Fallbeispiel. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2018b). Psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema F-Diagnosen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2018c). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) (2016). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie).

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.

Hausotter, W. (2004). Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen (2., aktualisierte Aufl). München: Urban & Fischer.

Hausteiner-Wiehle, C. & Schaefert, R. (2015). Gestaltung der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung und Gesprächsführung. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), Psychosomatik und Verhaltensmedizin: mit 85 Tabellen (S. 273–295). Stuttgart: Schattauer.

Höder, J. & Deck, R. (2011). Aufgaben und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungsmöglichkeiten und Entlastungschancen. Abschlussbericht.

Körner, M., Becker, S., Zimmermann, L., Müller, C., Luzay, L., Plewnia, A., … & Rundel, M. (2015). Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT). Abschlussbericht.

Körner, M. & Zimmermann, L. (2017). Interprofessionelle Teamarbeit und Teamentwicklung. In U. Koch & J. Bengel (Hrsg.), Anwendungen der Medizinischen Psychologie (S. 57-80). Göttingen et al.: Hogrefe

Körner, M., Dinius, J., Becker, S., Müller, C., Zimmermann, L., & Rundel, M. (2016). Manual zur patientenorientierten Teamentwicklung in der Rehabilitation.

Körner, M. & Dorn, M. (2016). Reha-Team und Teamentwicklung. In Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch. Berlin Heidelberg: Springer.

Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 43(06), 348–357.

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber.

Linden, M. (2013). Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. Die Rehabilitation, 52(06), 412–422. DOI 10.1055/s-0033-1359860

Löwe, B., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Auswertungsmanual zum PHQ-D.

Merten, T. (2014). Beschwerdenvalidierung. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Muschalla, B., & Linden, M. (2011a). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. Der Nervenarzt, 82(7), 917–931. DOI 10.1007/s00115-011-3305-8

Muschalla, B., & Linden, M. (2011b). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. Der Nervenarzt, 82(9), 1187–1200. DOI 10.1007/s00115-011-3306-7

Muschalla, B. (2016). Mini-ICF-APP-Work: Ein Fremdrating zur Erstellung von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeitsanforderungsprofilen.

Radoschewski, F. M., Höhne, S. & Michel, A. (2012). Prädiktive Validität von Empfehlungen und Leistungsbeurteilungen der Reha-Entlassungsberichte (Abschlussbericht). Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin/Campus Mitte Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. The Clinical Neuropsychologist, 13(4), 545–561.

Volbert, R. & Steller, M. (2008). Handbuch der Rechtspsychologie. (1. Aufl.). Göttingen et al.: Hogrefe.

Walter, F., Petermann, F., & Kobelt, A. (2012). Beschwerdenvalidierung. Ein aktueller Überblick. Die Rehabilitation, 51(05), 342–348. DOI 10.1055/s-0032-1323651

Widder, B. (2017). Klinische Tests zur Beschwerdenvalidierung. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 85(12), 740–746.

Wirz, M., Köhler, B., Marks, D., … & Schädler, S. (2014). Lehrbuch Assessments in der Rehabilitation (1. Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Literatur thematisch sortiert

Grundlagen

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: MMI, Neu-Isenburg.

DRV Bund (Hrsg.) (2018c). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.) (2016). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie).

Qualitätsmerkmale

DRV Bund (Hrsg.) (2018c). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2009). Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber.

Radoschewski, F. M., Höhne, S. & Michel, A. (2012). Prädiktive Validität von Empfehlungen und Leistungsbeurteilungen der Reha-Entlassungsberichte (Abschlussbericht). Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin/Campus Mitte Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

Prozessablauf

Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (2008). Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Hogrefe Verlag.

Bianchini, K. J., Greve, K. W. & Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. The spine journal: official journal of the North American Spine Society, 5, 404–417.

Boone, K. B. (2007). Assessment of Feigned Cognitive Impairment: A Neuropsychological Perspective. Guilford Press.

Brewer, N. & Williams, K. D. (2005). Psychology and Law: an empirical perspective. New York: Guilford Press.

Diehl, R. G., Gebauer, E., Groner, A. E. & Deitmaring, H. (2014). Kursbuch Sozialmedizin: Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: MMI, Neu-Isenburg.

DRV Bund (Hrsg.) (2012). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2015). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2018a). Exploration mittels Mini-ICF-APP. Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychische Erkrankungen. Ein Fallbeispiel. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

DRV Bund (Hrsg.) (2018b). Psychische Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Praxishilfe: Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema F-Diagnosen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Löwe, B., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Auswertungsmanual zum PHQ-D.

Merten, T. (2014). Beschwerdenvalidierung. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Muschalla, B. (2016). Mini-ICF-APP-Work: Ein Fremdrating zur Erstellung von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeitsanforderungsprofilen.

Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction: Proposed Standards for Clinical Practice and Research. The Clinical Neuropsychologist, 13(4), 545–561.

Volbert, R. & Steller, M. (2008). Handbuch der Rechtspsychologie. (1. Aufl.). Göttingen et al.: Hogrefe.

Widder, B. (2017). Klinische Tests zur Beschwerdenvalidierung. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 85(12), 740–746.

Wirz, M., Köhler, B., Marks, D., … & Schädler, S. (2014). Lehrbuch Assessments in der Rehabilitation (1. Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Professionelle Beziehungsgestaltung

Derra, C. (2016). Sozialmedizinische Begutachtung. In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch. Berlin Heidelberg: Springer.

Dohrenbusch, R. (2007). Begutachtung somatoformer Störungen und chronifizierter Schmerzen: Konzepte – Methoden – Beispiele. W. Kohlhammer Verlag.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.

Hausotter, W. (2004). Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen (2., aktualisierte Aufl.). München: Urban & Fischer.

Hausteiner-Wiehle, C. & Schaefert, R. (2015). Gestaltung der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung und Gesprächsführung. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), Psychosomatik und Verhaltensmedizin: mit 85 Tabellen (S. 273–295). Stuttgart: Schattauer.

Reha-Team

DRV Bund (Hrsg.) (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Höder, J. & Deck, R. (2011). Aufgaben und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungsmöglichkeiten und Entlastungschancen. Abschlussbericht.

Körner, M., Becker, S., Zimmermann, L., Müller, C., Luzay, L., Plewnia, A., … & Rundel, M. (2015). Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT). Abschlussbericht.

Körner, M. & Zimmermann, L. (2017). Interprofessionelle Teamarbeit und Teamentwicklung. In U. Koch & J. Bengel (Hrsg.), Anwendungen der Medizinischen Psychologie (S. 57-80). Göttingen et al.: Hogrefe

Körner, M., Dinius, J., Becker, S., Müller, C., Zimmermann, L., & Rundel, M. (2016). Manual zur patientenorientierten Teamentwicklung in der Rehabilitation.

Körner, M. & Dorn, M. (2016). Reha-Team und Teamentwicklung. In Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch. Berlin Heidelberg: Springer.

Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 43(06), 348–357.

Mitarbeiterqualifizierung

DRV Bund (Hrsg.) (2018c). Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Weiterführende Literatur

Buchholz, A., Spies, M., & Brütt, A. (2015). ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review. Die Rehabilitation, 54(03), 153–159. DOI 10.1055/s-0035-1548897

Linden, M. (2013). Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. Die Rehabilitation, 52(06), 412–422. DOI 10.1055/s-0033-1359860

Muschalla, B., & Linden, M. (2011a). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. Der Nervenarzt, 82(7), 917–931. DOI 10.1007/s00115-011-3305-8

Muschalla, B., & Linden, M. (2011b). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und

therapeutische Maßnahmen. Der Nervenarzt, 82(9), 1187–1200. DOI 10.1007/s00115-011-3306-7

Walter, F., Petermann, F., & Kobelt, A. (2012). Beschwerdenvalidierung: Ein aktueller Überblick. Die Rehabilitation, 51(05), 342–348. DOI 10.1055/s-0032-1323651

HINTERGRUND

Wie ist diese Website entstanden?

Diese Handlungshilfe entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes in Kooperation der Abteilungen Münster und Bad Rothenfelde des Institutes für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR).

Das Institut für Rehabilitationsforschung Norderney wurde 1995 auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung Westfalen gegründet und bearbeitet seither Projekte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation mit unterschiedlichen Themen.

Das Projekt SOLEB (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation) wird durch den Förderverein des Institutes (VFR Norderney) finanziert. Weitere Informationen zu dem Institut und seinen Projekten finden Sie auf der Website des Institutes: ifr-norderney.de.

Die folgenden Arbeiten bilden die Grundlage der Website:

- Recherchen zu Publikationen und Fortbildungen zum Thema
- Interviews mit Nutzern und Vertretern der Dienste
- Interviews mit Leitern und Mitarbeitern von Reha-Einrichtungen
- Schriftliche Befragung von Reha-Einrichtungen mittels Fragebogen zur aktuellen Praxis der Leistungsbeurteilung
- Konzepte und Materialien zur Leistungsbeurteilung aus den Einrichtungen
- Auswertung von Beschwerdeschreiben von Rehabilitanden, die sich auf die Leistungsbeurteilung beziehen

Das Konzept dieser Website

Die Website versteht sich als Vermittler zwischen den praktisch tätigen Klinikern mit begrenzten Zeitressourcen einerseits und ausführlichen Publikationen und Fortbildungen zur dem Thema Sozialmedizin andererseits. Die umfassenden Expertisen, Erkenntnisse und Instrument-Entwicklungen aus den Reha-Einrichtungen wurden aufgegriffen und stehen Klinikern sowie Nutzern zur Verfügung.

Die Website ist jedoch kein Ersatz für einschlägige Fort- und Weiterbildungen oder für ausführliche Publikationen zu dem Thema (Leitfäden, Handbuch Sozialmedizin, Curriculum Sozialmedizin der DRV Bund), die auch auf dieser Website zitiert und verlinkt sind.

Nutzerperspektive

Diese Website nimmt eine besondere Perspektive ein, da sie ausdrücklich die Perspektive der Nutzer der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung berücksichtigt, d. h. der Personen und Instanzen, die sich bei der Erstellung von Gutachten und Einschätzungen am Reha-E-Bericht orientieren. Dazu gehören die Dienste der Krankenkassen, der Rentenversicherung, der Agentur für Arbeit sowie Gutachter und Sozialrichter, aber auch Haus- Fach- und Betriebsärzte.

Bei den Vorarbeiten zur Website wurden Nutzer in den Interviews gebeten, ihre Aufgaben und Anforderungen an die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zu schildern. Diese Anforderungen sind unter dem Menüpunkt „Qualitätsmerkmale“ dargestellt.

Haftungsausschluss

Die Website www.leistungsbeurteilung-reha.de übernimmt keine Garantie für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Inhalte und Verweise. Haftungsansprüche gegen die Website, welche sich auf die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen beziehen, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzung vorliegt.

Danksagung

Viele Einrichtungen und Experten haben bei der Vorbereitung und Entwicklung der Website mitgewirkt, indem sie uns Anregungen gegeben oder Materialien zur Verfügung gestellt haben. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Außerdem danken wir dem VFR Norderney für die Förderung des Projektes.