

Modul 1

Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten

→ Curriculum
„Psychotherapeuten in der
sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ - Version 2022





Curriculum „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Module

Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten

Modul 2: Psychotherapeutische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Autorin und Autoren: Ulrike Worringen, Thomas Trinks, Lutz Haustein
Deutsche Rentenversicherung Bund

Ulf Kampczyk, DRV Mitteldeutschland

Vorarbeiten: Claus Derra, Berlin

Redaktion: Ulrike Worringen, Antje Hoppe, Jana Oehme
Deutsche Rentenversicherung Bund

Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „PSYCHOTHERAPEUTEN IN DER SOZIALMEDIZINISCHEN LEISTUNGSBEURTEILUNG“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 1 „SOZIALMEDIZINISCHE GRUNDLAGEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN“	8
SEMINAREINHEIT 1.....	10
SEMINAREINHEIT 2.....	69

Vorbemerkung zu den Manualen des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Die Erstellung einer sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit für jeden Rehabilitanden ist eine bedeutsame Aufgabe in der medizinischen Rehabilitation (DRV, 2009). Die Beurteilung bildet eine wesentliche Grundlage bei weitergehenden Verwaltungsentscheidungen wie zum Beispiel Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung.

In der Rentenversicherung ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine fachärztliche Aufgabe. Zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der funktionellen Fähigkeit und Teilhabefähigkeit zum Ende einer Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. In die ärztliche Beurteilung sollen die fachbezogenen Leistungseinschätzungen aller Therapeuten des Reha-Teams einbezogen werden. Die in diesem Manual beschriebene Fortbildungsveranstaltung hat das Ziel, die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der psychosomatischen Rehabilitation und in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen in ihrer fachbezogenen Kompetenz bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben weiter zu qualifizieren. Das übergeordnete Ziel ist es, durch die Qualifikation der Bezugstherapeuten, die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

Für jede Fortbildungsveranstaltung des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“ wurde zur Darstellung der Modul Inhalte und deren Umsetzung ein eigenes Manual erstellt. Es liegen folgende Manuale vor:

- Modul 1
„Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten“
- Modul 2
„Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Die Inhalte der Module und deren Umsetzung werden für eine zweitägige Veranstaltungsvariante dargestellt. Dabei wird der erste Tag mit „Seminareinheit 1“ und der zweite Tag mit „Seminareinheit 2“ überschrieben

Zu jedem Modul erfolgt zunächst eine kurze Einleitung. Hier werden wichtige Hinweise für die Durchführung der Veranstaltung formuliert. Für jede Seminareinheit beinhaltet das Manual Angaben zu:

- **Themen** und **Zielgruppe** der Seminareinheit,
- empfohlene **maximale Teilnehmendenzahl**,
- **Qualifikationsanforderungen** an die Referenten,
- **Zeitumfang** der Seminareinheit,

- erforderlichem **Material und Handouts**,
- Anforderungen an den **Schulungsraum** und
- **allgemeinen Zielen** der Seminareinheit.

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

- **Lehrziele** formuliert und begründet,
- **Inhalte** zur Erreichung des Lehrziels benannt,
- **Durchführungshinweise** gegeben und
- **Folienhilfen, Informationsmaterial** und **Handouts** nach Bedarf zur Verfügung gestellt.

Curriculum Sozialmedizin im Reha-Team

Die anderen Berufsgruppen, die in der psychosomatischen Rehabilitation und der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen tätig sind, können an dem Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ (DRV 2022a - j) teilnehmen. Diese Fortbildungen richten sich an die Therapeuten, Ärzte und Pflegefachkräfte in allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation. Die Zielgruppe umfasst alle Berufsgruppen, die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken:

- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten, Sport-/Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Psychologen
- Ernährungsfachkräfte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ärzte

Die Fortbildung „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ ist als Curriculum mit drei aufeinander aufbauenden Modulen konzipiert. Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ wird berufsgruppenübergreifend angeboten. Mit dem Ziel eines einheitlichen Verständnisses und einer gemeinsamen Sprache werden allen Berufsgruppen sozialmedizinische Grundlagen vermittelt. Im Modul 2 werden berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltungen angeboten. In ihnen erarbeiten die einzelnen Berufsgruppen Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive.

Im Modul 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“ stehen die Kommunikation der fachspezifischen Leistungsbeurteilung innerhalb des Reha-Teams und die Umsetzung einer interdisziplinären Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag im Mittelpunkt. An diesem dritten Modul können auch die Teilnehmenden des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“ teilnehmen.

Redaktionelle Vorbemerkung

Zur besseren Lesbarkeit des Curriculums wird bei allen Personen die männliche Form gewählt. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter.

Das Wort Lehrziel wird im Manual bei Aufzählungen oder Querverweisen mit dem Kürzel LZ bezeichnet. Der Reha-Entlassungsbericht wird im Manual mitunter mit der Bezeichnung E-Bericht abgekürzt.

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2a. Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2d. Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022f.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2f. Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022g.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2g. Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022h.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022i.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Modul 2. Psychotherapeutische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022j.

Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Rehabilitationspraxis. *Rehabilitation*, 55, 238–247.

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „PSYCHOTHERAPEUTEN IN DER SOZIALMEDIZINISCHEN LEISTUNGSBEURTEILUNG“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 1 „SOZIALMEDIZINISCHE GRUNDLAGEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN“	8
SEMINAREINHEIT 1	10
1.1 Aufbau und Ziele des Seminars.....	12
1.2 Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger	14
1.3 Wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.....	16
1.4 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung psychischer Störungen.....	38
1.5 Plausibilität der sozialmedizinischen Epikrise im Reha-Entlassungsbericht	61
SEMINAREINHEIT 2	69
2.1 Bezugsberuf	71
2.2 Identifikation von LTA-Bedarf	86
2.3 Die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt..	92
2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 2.....	101

Einführung in das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten“

Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten“ des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“ wird als berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung und deren Umsetzung dargestellt. Die Zielgruppe sind Psychotherapeuten, die in der psychosomatischen Rehabilitation oder in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen tätig sind und als Bezugstherapeuten maßgeblich an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel im ersten Modul ist es, dass die Psychotherapeuten sich grundlegende Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erarbeiten. Die Teilnehmenden erlernen sozialmedizinische und sozialrechtliche Grundbegriffe. Sie lernen Kriterien zur Begutachtung psychischer Störungen kennen und die Plausibilität sozialmedizinische Leistungseinschätzungen zu bewerten.

Die Möglichkeit zum Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen soll gegeben sein.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul umfasst insgesamt acht Zeitstunden. Dabei sind jeweils 4 Zeitstunden für jede Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pause von 30 Minuten anzubieten.

Für die Fortbildungsveranstaltung wird ein Gruppenraum für 20 Teilnehmende mit einem U-förmigen Aufbau von Stühlen und Tischen benötigt. Für die Präsentationen und die Kleingruppenarbeit sollen Beamer, Flipchart, Moderationskoffer und Metaplanwände zur Verfügung stehen.

Zahl der Teilnehmenden

Es empfiehlt sich, maximal 20 Teilnehmende für die Fortbildungsveranstaltung einzuplanen.

Personelle Ressourcen

Die Fortbildungsveranstaltung sollte von mindestens zwei Referenten durchgeführt werden. Die sozialmedizinische Qualifikation der Referenten ist erforderlich. Es empfiehlt sich, einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einen Psychologischen Psychotherapeuten oder/und Facharzt für Psychosomatische Medizin als Referenten zu gewinnen. Alle Referenten sollen das klinische Setting der medizinischen Rehabilitation kennen. Um die Perspektive des sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung bei der Begutachtung psychischer Störung im Rentenverfahren erläutern zu können, ist es vorteilhaft, einen Arzt aus dem sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung als Referenten zu beteiligen.

Um die Verfahrenspraxis zum Thema Teilhabe am Arbeitsleben einbringen zu können, ist es vorteilhaft, auch einen Reha-Berater der Rentenversicherung als Referenten zu beteiligen.

Didaktik

Die Kompetenzvermittlung soll mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt werden. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vor- bzw. Nachbereitung von Themen werden Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zu den Themen umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung der Seminarinhalte sowie eine vertiefende Bearbeitung der Themen für die Teilnehmenden und stellt gleichzeitig den Praxisbezug zum Setting einer Rehabilitationseinrichtung her.

Aktualisierung der Präsentationen und Handouts

Vor dem Hintergrund möglicher gesetzlicher Veränderungen und Weiterentwicklungen, von zum Beispiel Formularen und Rehabilitationsangeboten, muss vor jeder Durchführung des Moduls eine fachliche Aktualisierung der Präsentationen und Handouts erfolgen. Die im Manual dargestellten Materialien haben den Stand von 2022.

Danksagung

Dr. med. Dipl. Psych. Claus Derra hat von 2014 bis 2017 das Konzept dieser Fortbildung mit Dr. Ulrike Worringen entwickelt und in diesem Zeitraum die Seminare jedes Jahr für die Rentenversicherung durchgeführt. Ihm gilt unser besonderer Dank.

Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalte des Seminars
- sozialmedizinische und sozialrechtliche Grundlagen
- sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen
- sozialmedizinische Epikrise im Reha-Entlassungsbericht

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und eine Pausenzeit von 30 Minuten

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Psychotherapeuten aus der psychosomatischen Rehabilitation und aus der Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen

Leitung

- empfehlenswert sind 2 Referenten, die auch die Moderation übernehmen
- Qualifikationen: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin aus dem sozialmedizinischen Dienst, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatische Medizin oder Psychologischen Psychotherapeuten mit rehabilitativer Erfahrung

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart

Handouts

- Seminarplan der Veranstaltung (LZ 1.1)
- Handzettel der Präsentationen getrennt nach Lehrzielen (im Ausdruck 2 Folien pro Seite) oder das Manual zu diesem Modul
- Handout
 - anonymisierte Entlassungsberichte (LZ 1.5)
- Broschüren zum Mitnehmen:
 - DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: 01/2022
 - DRV Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar. DRV Schrift, 81, 2. Auflage, Berlin: 2021.
 - DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 inklusive Update 2018. Berlin: 2018.

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung von Abhängigkeitserkrankungen. Berlin: 2018.

- Artikel zum Auslegen:

Derra, C. (2020). Sozialmedizinische Begutachtung. In: Bengel, J. & Mittag, O. Rehabilitationspsychologie. Springer. Berlin.

Muschalla, B., Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. Der Nervenarzt, 82, 917-931.

Muschalla, B., Linden, M. (2011). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. Der Nervenarzt, 82, 1187-1200.

- Flyer: www.leistungsbeurteilung-reha.de

- Unterschriftenliste inkl. Adresse und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Die Teilnehmenden können die sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Grundlagen der Leistungsbeurteilung erläutern. Sie erwerben einen Überblick über die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen und können Anforderungen an die sozialmedizinische Epikrise im Reha-Entlassungsbericht erläutern.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan zu Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen (LZ 1.1). Dies ermöglicht den Teilnehmenden, den Inhalten entspannter zu folgen.

Zur Unterstützung eines weiterführenden Fachaustausches zwischen den Teilnehmenden kann eine Liste mit Angaben zu: Name, Adresse und E-Mail-Adresse erstellt werden. Mit ihrer Unterschrift genehmigen die Teilnehmenden die Weitergabe ihrer Informationen an die anderen Seminarteilnehmenden. Eine Datenschutzerklärung wird beigefügt.

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	-------------	--------------------

1.1 Aufbau und Ziele des Seminars

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte und Ziele des Seminars "Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten" nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des Seminars "Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten" soll die Zielsetzung dargestellt werden. Es soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um eine Vortragsreihe zur reinen Informationsvermittlung handelt, sondern, dass das Mitwirken aller Teilnehmenden erwünscht ist. Die Möglichkeit zum Fachaustausch soll gegeben sein. Dieser fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes, der Bestandteil und Grundlage für eine interdisziplinär erstellte sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag ist.

Inhalt

- Inhalte des Seminars
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen, Auschecken bis 10 Uhr am zweiten Tag, Lunchpaket als Alternative zum Mittagessen am zweiten Tag)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Erwartungen, Bedürfnisse der Teilnehmenden

Material

- Folie (siehe Seite 13)

Hinweise zur Durchführung

Begrüßung, Vorstellung der Referenten und Teilnehmenden, Folie zum Überblick über den Ablauf

Fragestellungen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden werden auf einem Flipchart notiert und im Verlauf der Veranstaltung bearbeitet.

Zeit circa 45 Minuten

Anmerkung

Für den Einstieg sollte genügend Zeit eingeplant werden. Es steht im Vordergrund, die Teilnehmenden mit ihren Fragestellungen und Bedürfnissen abzuholen und Erwartungen mit den Inhalten des Seminars abzustimmen.



Übersicht Modul 1

„Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten“

1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Sozialmedizinische und sozialrechtliche Grundlagen
- Begutachtung psychischer Störungen
- Anforderungen an die sozialmedizinische Epikrise im E-Bericht
- Fallbeispiele von Epikrisen in E-Berichten

2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- Berufsbezug
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Fazit und Ausblick auf Modul 2

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	-------------	--------------------

1.2 Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger

Lehrziel

Die Teilnehmenden können verschiedene Sozialversicherungsträger, deren Aufgaben und Leistungen im deutschen Sozialversicherungssystem erläutern.

Begründung

In Deutschland besteht ein historisch gewachsenes gegliedertes System der Rehabilitation. Nicht ein einheitlicher Träger ist für die Erbringung von Sozialleistungen zuständig, sondern verschiedene Rehabilitationsträger entsprechend ihrer gesetzlichen Bestimmung. Mit dem im Jahr 2001 verabschiedeten Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) wurde eine einheitliche gesetzliche Grundlage für alle Rehabilitationsträger geschaffen. Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über das Sozialversicherungssystem in Deutschland und lernen, die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialversicherungsträger voneinander abzugrenzen. Die nachfolgenden Lehrziele bauen auf diesem Verständnis auf.

Inhalt

- fünf Sparten der Sozialversicherung in Deutschland
- gesetzliche Grundlage: Sozialgesetzbuch (SGB)
- Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger
 - Gesetzliche Rentenversicherung
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
 - Private Berufsunfähigkeitsversicherung
 - Gesetzliche Krankenversicherung
 - Bundesagentur für Arbeit

Material

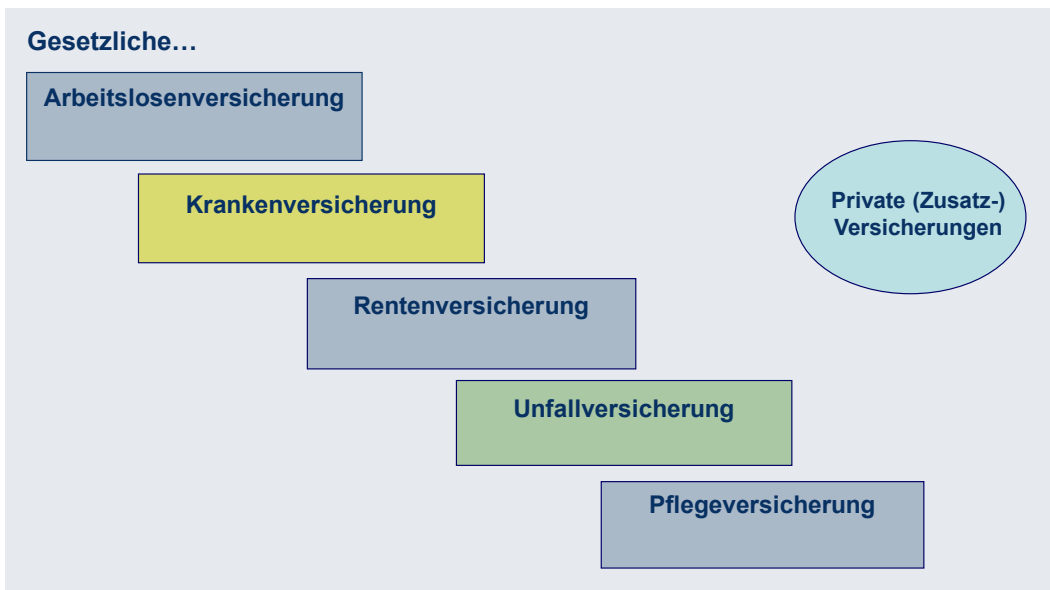
- Folien (siehe Seite 15)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

Zeit circa 5 Minuten

Fünf Sozialversicherungen



Gesetzliche Grundlagen - Sozialgesetzbuch -

- SGB I: Allgemeiner Teil
- SGB II/ III: Grundsicherung für Arbeitssuchende/ Arbeitsförderung
- SGB IV: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB X: Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- SGB XI: Pflegeversicherung
- SGB XII: Sozialhilfe

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	-------------	--------------------

1.3 Wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung wichtige Begriffe und deren Bedeutung erklären.

Begründung

Die Begriffe der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung können aus unterschiedlichen Gesetzeszusammenhängen heraus definiert sein. Dadurch kann es zu vielfältigen Unterschieden in der Bedeutung bei gleichem Wortlaut kommen. Hinter den Bezeichnungen stehen dabei jeweils unterschiedliche rechtliche Definitionen. Die Vermittlung der wichtigsten sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Begriffe, die bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung im Reha- und Rentenverfahren bedeutsam sein können, sollen die einheitliche Verwendung und das eindeutige Verständnis unterstützen.

Inhalt

- Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung (SGB V und IX)
- Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (SGB VI)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach SGB VI)
- Berufsunfähigkeit
- Schwerbehinderung

Material

- Folien (siehe Seiten 18 - 37)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

Zeit circa 55 Minuten

Anmerkung

Alle sozialmedizinischen Begrifflichkeiten werden im sozialmedizinischen Glossar in den DRV-Schriften, Band 81, 2021 erläutert (vgl. Folie). Auf eine detaillierte Darstellung der Inhalte im Rahmen dieses Manuals wird aus diesem Grunde verzichtet.

Das Thema „Teilhabe am Arbeitsplatz“ wird in der zweiten Seminareinheit vertieft.

Zum Thema sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen wird auf die Leitlinien zur Begutachtung psychischer Störungen der DRV Bund (2018) und Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund 2018) und auf die Internetseite der DRV Westfalen verwiesen.

Literatur:

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung Abhängigkeits-
erkrankungen. Berlin: 2018.

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychi-
schen und Verhaltensstörungen. August 2012 inklusive Update 2018. Berlin:
2018.

DRV Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar. DRV Schrift, 81, 2. Auflage, Berlin:
2021.

Die Internetseite www.leistungsbeurteilung-reha.de (Infolyer) der DRV Westfalen
bietet konkrete Hilfestellung zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mit
Schaubildern, Praxisbeispielen und einem Diskussionsforum. Ein ergänzendes E-
Learning-Modul wird erarbeitet.

Sozialmedizinische Grundbegriffe

Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung

DRV-Schriften Band 81



Sozialmedizinische Grundbegriffe

- **Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung**
- Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Berufsunfähigkeit
- Schwerbehinderung

Gesetzliche Krankenversicherung (KV)

Aufgaben

- finanzielles Risiko, der mit einer Krankheit verbundenen Kosten zu versichern

Leistungen

- Behandlungskosten („Reha vor Pflege“)
- Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit und bei Erkrankung eines Kindes
- Mutterschaftsgeld

SGB V

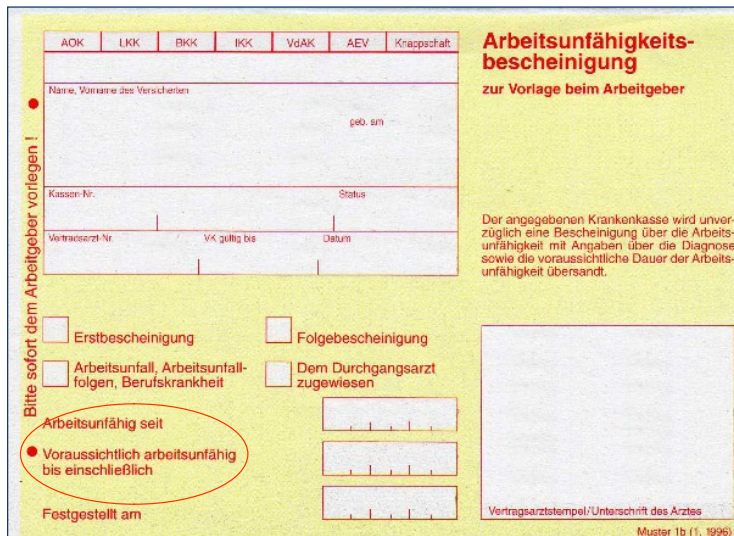
Arbeitsunfähigkeit (AU)

- AU liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit vorübergehend seine **zuletzt ausgeübte Tätigkeit** nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann.

→ **Welche Anforderungen zeichnen die bisherige Tätigkeit konkret aus?** Kontext: konkreter Arbeitsplatz!

- Arbeitslose sind AU, wenn sie vorübergehend krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, **leichte Arbeiten** in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben.

Arbeitsunfähigkeit (AU)



Arbeitsunfähigkeit ist immer zeitlich befristet.

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

G833

Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

1. Tag der Beendigung der Rehabilitationsleistung: _____

Die Checkliste ist an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse der Versicherten / des Versicherten weiterzuleiten.

2. Stufenweise Wiedereingliederung ist erforderlich

- nein, weil
 - Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit
 - Arbeitsfähigkeit kann voraussichtlich durch stufenweise Wiedereingliederung nicht wieder hergestellt werden
 - Nachsorge ausreichend; Art: _____
 - Sonstiges: _____
- ja, weiter bei Ziffer 3



Stufenweise Wiedereingliederung - Ziele

- berufliche Belastbarkeit erproben
- Selbstsicherheit wiedergewinnen
- Angst vor Überforderung und Krankheitsrückfall abbauen
- Einbuße beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten verhindern
- mangelndem Interesse gegensteuern
- Kündigung verhindern
- Vermeidung aufwendiger berufsfördernder Leistungen
- Vermeidung vorzeitiger Berentung



Stufenweise Wiedereingliederung Prinzipien

- Patient ist weiterhin arbeitsunfähig
- Anspruch auf Krankengeld unter Anrechnung des Arbeitsentgeltes (*20-Stunden-Modell*)
- keine versicherungsrechtlichen Nachteile
- Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung wird auf die Krankengeldbezugsdauer angerechnet
- Durchführung bedarf immer der Zustimmung des Arbeitgebers
- Dauer zwischen 6 Wochen und 6 Monaten

Stufenweise Wiedereingliederung Prinzipien

- keine Möglichkeit zum Erholungsurlaub
- Abwesenheit von mehr als 7 Tagen in Folge gelten als Abbruch
- stufenweise Wiedereingliederung auch im Arbeitslosengeldbezug möglich

Stufenweise Wiedereingliederung in der Nachsorge

- Teilnehmer brauchen häufig beratende Begleitung
- Kontinuierliche Beobachtung des Belastungslebens
- Kritische Reflexion von Abbruchstendenzen
(*Erarbeitung von Erschöpfungs- oder Überforderungsgründen, Ressourcenberatung, Arbeitgebergespräch*)



Sozialmedizinische Grundbegriffe

- Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung
- **Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung**
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Berufsunfähigkeit
- Schwerbehinderung



Gesetzliche Rentenversicherung (RV)

Aufgaben

finanzielles Risiko der mit einer Erwerbsminderung bzw. -unfähigkeit verbundenen Kosten zu versichern

Leistungen

- Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation, Arbeitsleben)
- Erwerbsminderungsrenten
- Altersruhegelder
- Renten wegen Todes

SGB VI

Leistungsbeurteilung für RV

Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Berücksichtigung:

- der krankheits- oder behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen und
- z. B. umweltbedingter Gefährdungs- und Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag

Dabei **muss**

- die Qualität der Arbeit gewährleistet sein
- die Quantität geleistet werden und
- die Arbeit mit Regelmäßigkeit erbracht werden

Was muss konkret beurteilt werden?

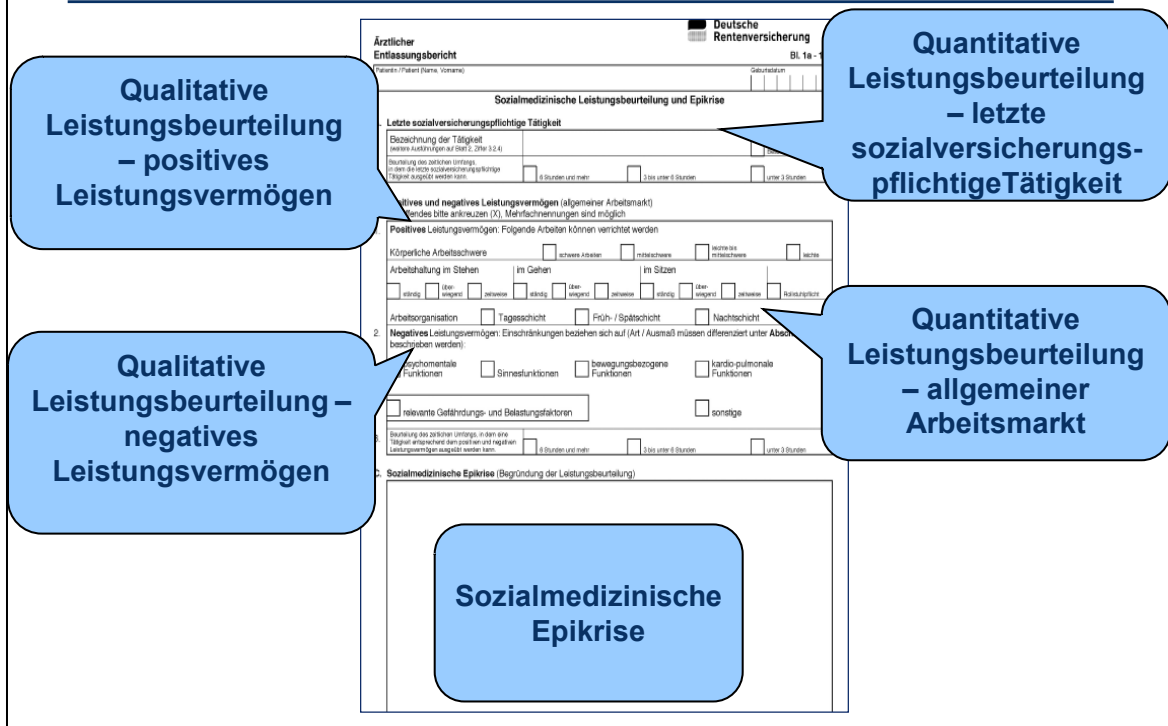
- die quantitative Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit
- die qualitative und quantitative Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes
- der Beginn der Leistungseinschränkung
- die Besserungsaussicht bzw. Unwahrscheinlichkeit der Besserung
- unter Berücksichtigung individueller Ressourcen und therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten

Was geht noch?

Seit wann und wie lange?

Kann eine Leistungsminderung vermieden werden?

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a



The diagram illustrates the structure of the 'Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a' form. It is divided into several sections, with callouts highlighting specific assessment areas:

- Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen**: Points to the 'Positives Leistungsvermögen' section, which includes 'Körperliche Arbeitsschwere' and 'Arbeitshaltung im Stehen'.
- Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen**: Points to the 'Negatives Leistungsvermögen' section, which includes 'Psychomentele Funktionen', 'Sinnesfunktionen', 'bewegungsbezogene Funktionen', and 'kardio-pulmonale Funktionen'.
- Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit**: Points to the 'Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit' section, which includes 'Beschreibung der Tätigkeit' and 'Dauer der Tätigkeit'.
- Quantitative Leistungsbeurteilung – allgemeiner Arbeitsmarkt**: Points to the 'Arbeitsorganisation' section, which includes 'Tagesschicht', 'Früh- / Spätschicht', and 'Nachtschicht'.
- Sozialmedizinische Epikrise**: Points to the 'Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)' section at the bottom of the form.

Qualitative Einschränkungen

→ Beurteilung bezieht sich auf das Leistungsvermögen auf **dem allgemeinen Arbeitsmarkt** (Kontext)

positives Leistungsvermögen in Bezug auf

- körperliche Arbeitsschwere
- körperliche Arbeitshaltung
- Arbeitsorganisation

Was ist das?

negatives Leistungsvermögen in Bezug auf

- psychomentele Funktionen
- Sinnesfunktionen
- bewegungsbezogene Funktionen
- kardio-pulmonale Funktionen
- relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

Was ist das?

Kontext: Allgemeiner Arbeitsmarkt

gesamter Arbeitsmarkt

- auf dem ein Angebot oder eine Nachfrage nach jeder nur erdenkbaren Tätigkeit besteht
- auch Arbeiten, die keine besondere berufliche Qualifikation voraussetzen
- und – wenn überhaupt – nur eine kurze Einarbeitung, in der Regel von bis zu 3 Monaten erfordern

Qualitatives Leistungsvermögen

positives Leistungsvermögen

körperliche Arbeitsschwere

- schwere mittelschwere leichte bis mittelschwere leichte

Arbeitshaltung

- im Stehen** **im Gehen** **im Sitzen**
- ständig über-
wiegend zeit-
weise ständig über-
wiegend zeit-
weise ständig über-
wiegend zeit-
weise
- Rollstuhlpflicht

Arbeitsorganisation

- Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht

Was ist mit „körperliche Arbeitsschwere“ gemeint?

Leicht: weniger als 10 kg	Leicht – Mittelschwer	Mittelschwer: bis 15 kg	Schwer: bis zu 40 kg
<p>Tragen, Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leicht gehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen</p> <p>lang dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung)</p> <p>bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2x/Std.) mittelschwere Arbeitsanteile</p>	<p>mittelschwere Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt</p>	<p>Heben und Tragen von Lasten in der Ebene oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern.</p> <p>Handhaben von 1 – 3 kg schwer gehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern</p> <p>leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades, wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen, bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2x/Std.) schwere Arbeitsanteile</p>	<p>Tragen von schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Graben, Schaufeln, Hacken.</p> <p>mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung z. B. in gebückter, knieender oder liegender Stellung</p>

Wie wird die „körperliche Arbeitshaltung“ beurteilt?



Sitzen ? Stehen ? Gehen ?

- zeitweise **10 %** der Arbeitszeit
- überwiegend **51 – 90 %** der Arbeitszeit
- ständig **91 – 100 %** der Arbeitszeit

Was wird unter „Arbeitsorganisation“ verstanden?

Arbeitszeiten!

Früh-Spätschicht	Tagesschicht/ Normalschicht	Nachtschicht
Zweischichtsystem mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage viele Varianten	Arbeiten zwischen 6.00 und 18.00 Uhr	meist im Ein- oder Dreischichtsystem, <u>Arbeitszeitgesetz:</u> Nachtarbeit von 23.00 bis 6.00 Uhr (in Bäckereien von 22:00 bis 5:00 Uhr) <u>Arbeitsschutzrecht:</u> Beschäftigungsverbot für Jugendliche bis 18 Jahre sowie Schwangere* von 20:00 bis 6:00 Uhr

* Ausnahmen einvernehmlich bis 22:00 Uhr möglich

Was wird beim „negativen Leistungsvermögen“ beurteilt ?

- psychomentele Funktionen**
insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-/Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen, Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- Sinnesfunktionen**
insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast-, und Riechvermögen
- bewegungsbezogene Funktionen**
insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben und Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen
- kardiale-pulmonale Funktionen**
insbesondere Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen
- Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**
insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten

Beschreibung des Leistungsvermögen im Reha-Entlassungsbericht



- qualitative Einschränkungen sollten nach Art und Ausmaß im Freitext differenziert dargestellt werden
- aber nur soviel wie nötig – so wenig wie möglich

beispielhafte Beschreibung der Leistungseinschränkung bei Rehabilitanden mit chronischem Schmerz:

- frühzeitige Ermüdung, Tagesmüdigkeit
- Gedächtnisstörung
- Vigilanzminderung
- Konzentrationsminderung
- ständiger Schmerz- oder Suchtmittelgebrauch
- verminderte Konfliktbelastbarkeit
- verminderte Stressbelastbarkeit

Beispielhafte Beschreibung der Leistungseinschränkung bei Rehabilitanden mit psychischen Störungen



nur durchschnittliche/unterdurchschnittliche Anforderungen an:

- Konzentrations- und Reaktionsvermögen
- Umstellungs- und Anpassungsvermögen

mögliche Einschränkungen

- keine Verantwortung für Personen oder Maschinen
- keine Überwachung/Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- keinen/nur selten/nur gelegentlichen Publikumsverkehr
- keinen überdurchschnittlichen Zeitdruck und Stress

Wegefähigkeit ist Teil des qualitativen Leistungsvermögen

Wegefähigkeit besteht, wenn auch ggf. unter Verwendung einer Gehilfe (*Stock, Stütze*)

- 4 mal täglich
- etwas mehr als 500 Meter
- in etwas weniger als 20 Minuten zu Fuß zurückgelegt und
- zweimal täglich in der Hauptverkehrszeit öffentliche Verkehrsmittel

benutzt werden können.

eingeschränkte Wegefähigkeit:

- ➔ volle EM- Rente bei Leistungsvermögen > 6 Stunden überwiegend im Sitzen

Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögen

erfolgt unter Berücksichtigung von

- Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten z. B.
 - Optimierung der Medikation
 - Psychotherapie
- Reha und Reha-Nachsorgeprogrammen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Besserungsaussicht in absehbarer Zeit (*26 Wochen*)

Quantitatives Leistungsvermögen

letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit



6 Stunden
und mehr



3 - < 6 Stunden



< 3 Stunden

unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes



6 Stunden
und mehr



3 - < 6 Stunden



< 3 Stunden

Wann besteht Rentenanspruch bei Leistungsminderung?

Unterscheidung:

- ➔ volle Erwerbsminderung

- ➔ teilweise Erwerbsminderung



Volle Erwerbsminderung

Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes **mindestens drei Stunden täglich** erwerbstätig zu sein.

6 Stunden
und mehr

3 bis unter
6 Stunden

unter 3
Stunden



Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

im zuletzt ausgeübten Beruf

6 Stunden und mehr

3 - < 6 Stunden

< 3 Stunden

unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen
Arbeitsmarktes

6 Stunden und mehr

3 - < 6 Stunden

< 3 Stunden

- fortgeschrittenes Psychosyndrom
- fortgeschrittene Leberzirrhose
- therapieresistenter chronischer Schmerz

volle Erwerbsminderungsrente



Teilweise Erwerbsminderung

Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes **mindestens 6 Stunden** täglich erwerbstätig zu sein.

6 Stunden und mehr

3 bis unter 6 Stunden

unter 3 Stunden



Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

im zuletzt ausgeübten Beruf

6 Stunden und mehr

3 - < 6 Stunden

< 3 Stunden

unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

6 Stunden und mehr

3 - < 6 Stunden

< 3 Stunden

- mangelnde Ausdauer im Sitzen oder Gehen bei Wirbelsäulen- und Hüftgelenksbeschwerden
- Alkoholabhängigkeit und schwere Persönlichkeitsstörung

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung: teilweise Erwerbsminderung

- Leistungsminderung auf 3 bis unter 6 Stunden
- **Arbeitslosigkeit**



konkrete Betrachtungsweise

BSG- Rechtsprechung:

Die tatsächliche Arbeitsmarktlage wird berücksichtigt, wenn der/die Versicherte das verminderte Leistungsvermögen wegen des **verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes** nicht mehr in Erwerb umsetzen kann.

6 Stunden und mehr

3 - < 6 Stunden

< 3 Stunden

Rente wegen voller Erwerbsminderung nach 6 Monaten

Sozialmedizinische Grundbegriffe

- Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung
- Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
- Berufsunfähigkeit
- Schwerbehinderung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 33 SGB IX

Wann?

- Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit
- voraussichtliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistung
- für LTA ist der Bezugsberuf des Versicherten entscheidend

Was?

- Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz
- Eingliederungsmaßnahmen/Hilfen zur Arbeitsaufnahme
- Qualifizierungsmaßnahmen
- ergänzende Leistungen
- sonstiges

Sozialmedizinische Grundbegriffe

- Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung
- Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- **Berufsunfähigkeit**
- Schwerbehinderung

Berufsunfähigkeit

Betrifft in der gesetzlichen Rentenversicherung nur vor dem 02.01.1961 geborene Versicherte, anderer Geltungsbereich bei privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen

Berufsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung ihren bisherigen versicherungspflichtigen Beruf (Kontext!) nicht mehr mindestens 6 Stunden täglich ausüben können und nicht mehr auf eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende zumutbare berufliche Tätigkeit verwiesen werden können.

→ Sie verfügen über eine qualitativ eingeschränkte Erwerbsfähigkeit, **nicht** über eine quantitativ eingeschränkte Erwerbsfähigkeit, so dass Anspruch auf eine **Erwerbsminderung nicht** besteht.

Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

im zuletzt ausgeübten Beruf

6 Stunden und mehr 3 - < 6 Stunden < 3 Stunden

unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen
Arbeitsmarktes

6 Stunden und mehr 3 - < 6 Stunden < 3 Stunden

**keine
EM-Rente**

- Fernfahrer mit chron. Schmerzsyndrom und Morphinmedikation
- Maurer mit TEP Hüfte oder Knie
- Gastwirt mit Alkoholabhängigkeit

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BU

Sozialmedizinische Grundbegriffe

- Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung
- Erwerbsminderung und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Berufsunfähigkeit
- **Schwerbehinderung**

Grad der Schwerbehinderung spielt keine Rolle bei der Prüfung des Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente



Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	-------------	--------------------

1.4 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung psychischer Störungen

Lehrziel

Die Teilnehmenden kennen Grundsätze der Begutachtung psychischer Störungen im Reha- und Rentenverfahren.

Begründung

Die Leistungsbeurteilung von Versicherten mit psychischen Störungen ist äußerst komplex. Eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung erfordert daher immer eine mehrdimensionale Betrachtung entsprechend des biopsychosozialen Konzepts der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Je nach Schweregrad, Chronifizierung, Komorbidität und Vorhandensein von mobilisierbaren persönlichen und sozialen Ressourcen beziehungsweise von entsprechenden Barrieren resultieren sehr unterschiedliche Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe infolge psychischer Störungen. Universal gültige und ausschließlich an Diagnosekategorien orientierte Aussagen zum individuellen Leistungsvermögen sind daher nicht möglich.

Um die Grundsätze des Rentenversicherungsträgers zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen zu kennen, werden die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen vorgestellt (DRV 2018).

Inhalt

- Grundlagen der Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit
- psychopathologische Symptome, Diagnosen und ihre sozialmedizinische Relevanz

Material

- Folien (siehe Seiten 40 - 60)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, die Teilnehmenden können sich durch Fragen und Erfahrungsberichte aktiv zum Thema einbringen

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Dieses Thema sollte möglichst von einem Mitarbeiter des sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung, der auch die Begutachtungspraxis im Rentenverfahren kennt, vermittelt werden. Der Referent kann die Fragen der Teilnehmenden dann auch vor dem Hintergrund des sozialmedizinischen Leistungsfalles beantworten.

Das Thema der Fähigkeitsdiagnostik vor dem Hintergrund der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird in dem Modul 2 vermittelt.

Literaturempfehlung für dieses Lehrziel:

DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: 2022.

DRV Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar. DRV Schrift, 81, 2. Auflage, Berlin: 2021.

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Ausgabe 2012 mit Update 2018. Berlin: 2018.

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung von Abhängigkeitserkrankungen. Berlin: 2018.

Gliederung

1. Leistungsbeurteilung psychischer Störungen
2. Psychopathologische Symptome/psychische Störungen und ihre sozialmedizinische Relevanz
3. Sozialmedizinische Epikrise im Reha-Entlassungsbericht

<p>Sozialmedizin</p> <div style="background-color: #4f81bd; color: white; padding: 10px; border-radius: 15px; text-align: center; margin: 20px 0;"> <p>Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung</p> </div> <p>→ Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen</p> <p>→ August 2012 inklusive Update 2018</p> 	<table border="0"> <tr> <td>Vorwort</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> <tr> <td>1. Sozialmedizinische Bedeutung</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>1.3 Renten wegen Erwerbsminderung</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>3. Allgemeine Qualitätskriterien für sozialmedizinische Gutachten der gesetzlichen Rentenversicherung</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>4. Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>5. Spezielle Aspekte der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen [Update 2018]</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td>5.1 Indikation zur fachärztlichen Begutachtung</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td>5.2 Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation</td> <td style="text-align: right;">27</td> </tr> <tr> <td>5.3 Diagnostik und adäquate Vorbehandlung</td> <td style="text-align: right;">28</td> </tr> <tr> <td>5.4 Grundlagen der Durchführung der fachspezifischen Begutachtung</td> <td style="text-align: right;">28</td> </tr> <tr> <td>5.4.1 Psychische Störungen in der ICF</td> <td style="text-align: right;">28</td> </tr> <tr> <td>5.4.2 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz</td> <td style="text-align: right;">30</td> </tr> <tr> <td>5.4.3 Sprachliche Verständigung, Begleitperson bei Begutachtung</td> <td style="text-align: right;">30</td> </tr> <tr> <td>5.4.4 Beachtung kultur- und migrationsspezifischer Besonderheiten</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>5.4.5 Begutachtungskriterien</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td>5.5 Aufbau und Inhalte des fachspezifischen Gutachtens</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>5.5.1 Sozialmedizinische Sachaufklärung</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>5.5.2 Derzeitige Beschwerden, Krankheitsvorgeschichte, vegetative Anamnese</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>5.5.3 Familienanamnese</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>5.5.4 Arbeits- und Sozialanamnese</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.1 Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.2 Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.3 Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.4 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen</td> <td style="text-align: right;">35</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.5 Familiäre und sonstige soziale Integration</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.6 Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich selbstständiger Lebensführung</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>5.5.4.7 Schilderung eines üblichen Tagesablaufs</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>5.5.5 Biografische Anamnese</td> <td style="text-align: right;">36</td> </tr> <tr> <td>5.5.6 Körperliche Untersuchung: Körperfunktionen und -strukturen</td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> <tr> <td>5.5.7 Psychischer Befund: Psychische Funktionen</td> <td style="text-align: right;">37</td> </tr> <tr> <td>5.5.8 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen</td> <td style="text-align: right;">41</td> </tr> <tr> <td>5.5.9 Technisch-apparative Untersuchungen</td> <td style="text-align: right;">46</td> </tr> <tr> <td>5.5.10 Laboruntersuchungen</td> <td style="text-align: right;">47</td> </tr> <tr> <td>5.5.11 Klinische Diagnose</td> <td style="text-align: right;">47</td> </tr> <tr> <td>5.5.12 Sozialmedizinische Epikrise</td> <td style="text-align: right;">47</td> </tr> <tr> <td>5.5.13 Spezifische Aspekte der Beurteilung des Leistungsvermögens</td> <td style="text-align: right;">49</td> </tr> </table>	Vorwort	9	1. Sozialmedizinische Bedeutung	10	1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10	1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	14	1.3 Renten wegen Erwerbsminderung	16	2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF	19	3. Allgemeine Qualitätskriterien für sozialmedizinische Gutachten der gesetzlichen Rentenversicherung	22	4. Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben	24	5. Spezielle Aspekte der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen [Update 2018]	26	5.1 Indikation zur fachärztlichen Begutachtung	26	5.2 Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation	27	5.3 Diagnostik und adäquate Vorbehandlung	28	5.4 Grundlagen der Durchführung der fachspezifischen Begutachtung	28	5.4.1 Psychische Störungen in der ICF	28	5.4.2 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	30	5.4.3 Sprachliche Verständigung, Begleitperson bei Begutachtung	30	5.4.4 Beachtung kultur- und migrationsspezifischer Besonderheiten	31	5.4.5 Begutachtungskriterien	32	5.5 Aufbau und Inhalte des fachspezifischen Gutachtens	33	5.5.1 Sozialmedizinische Sachaufklärung	33	5.5.2 Derzeitige Beschwerden, Krankheitsvorgeschichte, vegetative Anamnese	34	5.5.3 Familienanamnese	34	5.5.4 Arbeits- und Sozialanamnese	35	5.5.4.1 Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese	35	5.5.4.2 Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz	35	5.5.4.3 Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens	35	5.5.4.4 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen	35	5.5.4.5 Familiäre und sonstige soziale Integration	36	5.5.4.6 Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich selbstständiger Lebensführung	36	5.5.4.7 Schilderung eines üblichen Tagesablaufs	36	5.5.5 Biografische Anamnese	36	5.5.6 Körperliche Untersuchung: Körperfunktionen und -strukturen	37	5.5.7 Psychischer Befund: Psychische Funktionen	37	5.5.8 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen	41	5.5.9 Technisch-apparative Untersuchungen	46	5.5.10 Laboruntersuchungen	47	5.5.11 Klinische Diagnose	47	5.5.12 Sozialmedizinische Epikrise	47	5.5.13 Spezifische Aspekte der Beurteilung des Leistungsvermögens	49
Vorwort	9																																																																														
1. Sozialmedizinische Bedeutung	10																																																																														
1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	10																																																																														
1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	14																																																																														
1.3 Renten wegen Erwerbsminderung	16																																																																														
2. Bio-psycho-soziales Modell und ICF	19																																																																														
3. Allgemeine Qualitätskriterien für sozialmedizinische Gutachten der gesetzlichen Rentenversicherung	22																																																																														
4. Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben	24																																																																														
5. Spezielle Aspekte der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen [Update 2018]	26																																																																														
5.1 Indikation zur fachärztlichen Begutachtung	26																																																																														
5.2 Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation	27																																																																														
5.3 Diagnostik und adäquate Vorbehandlung	28																																																																														
5.4 Grundlagen der Durchführung der fachspezifischen Begutachtung	28																																																																														
5.4.1 Psychische Störungen in der ICF	28																																																																														
5.4.2 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	30																																																																														
5.4.3 Sprachliche Verständigung, Begleitperson bei Begutachtung	30																																																																														
5.4.4 Beachtung kultur- und migrationsspezifischer Besonderheiten	31																																																																														
5.4.5 Begutachtungskriterien	32																																																																														
5.5 Aufbau und Inhalte des fachspezifischen Gutachtens	33																																																																														
5.5.1 Sozialmedizinische Sachaufklärung	33																																																																														
5.5.2 Derzeitige Beschwerden, Krankheitsvorgeschichte, vegetative Anamnese	34																																																																														
5.5.3 Familienanamnese	34																																																																														
5.5.4 Arbeits- und Sozialanamnese	35																																																																														
5.5.4.1 Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese	35																																																																														
5.5.4.2 Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz	35																																																																														
5.5.4.3 Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens	35																																																																														
5.5.4.4 Umstände der Antragstellung, bisherige Sozialleistungen	35																																																																														
5.5.4.5 Familiäre und sonstige soziale Integration	36																																																																														
5.5.4.6 Lebenspraktische Fertigkeiten hinsichtlich selbstständiger Lebensführung	36																																																																														
5.5.4.7 Schilderung eines üblichen Tagesablaufs	36																																																																														
5.5.5 Biografische Anamnese	36																																																																														
5.5.6 Körperliche Untersuchung: Körperfunktionen und -strukturen	37																																																																														
5.5.7 Psychischer Befund: Psychische Funktionen	37																																																																														
5.5.8 Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen	41																																																																														
5.5.9 Technisch-apparative Untersuchungen	46																																																																														
5.5.10 Laboruntersuchungen	47																																																																														
5.5.11 Klinische Diagnose	47																																																																														
5.5.12 Sozialmedizinische Epikrise	47																																																																														
5.5.13 Spezifische Aspekte der Beurteilung des Leistungsvermögens	49																																																																														

Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen Störungen



Leistungsbeurteilung/Leistungsminderung

- nicht die **tatsächlich erbrachte** oder **unter optimalen Bedingungen** maximal erbringbare Leistung ist von entscheidender Bedeutung,
- sondern **die krankheits- oder behinderungsbedingte zumutbare Leistungsfähigkeit** im Erwerbsleben, bei der z. B. auch krankheitsbedingte Gefährdungs- und Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag entsprechend zu berücksichtigen sind

Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen Störungen



Leistungsbeurteilung/Leistungsminderung

- darf sich **nie alleine auf die Feststellung einer Krankheitsdiagnose** stützen
- Einschränkungen müssen einer **psychopathologischen Beschreibung** zugänglich sein
- Aus- und Wechselwirkungen der **störungsbedingten Einschränkungen** auf der bio-psycho-sozialen Ebene müssen in Analogie zur Sichtweise der ICF der WHO durch den Gutachter differenziert wahrgenommen, beschrieben und abschließend in der Epikrise gewichtet werden.

Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen Störungen



Leistungsbeurteilung/Leistungsminderung

- Voraussetzung jeder Beurteilung des Leistungsvermögens bei psychischen Störungen ist die **Erhebung eines psychischen Befundes** mit Aussagen zu psychopathologischen Phänomenen
- funktionelle Einschränkungen der Leistungsfähigkeit durch psychische Störungen ohne psychopathologische Auffälligkeiten im Quer- und Längsschnittbefund sind nicht begründbar
- funktionelle Einschränkungen sind in der Begutachtung für die Rentenversicherung nur dann relevant, **wenn sie sich auf die Fähigkeit zur Teilhabe** unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Bereiches – quantitativ und/oder qualitativ – auswirken

Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen Störungen



nicht berücksichtigt werden darf:

- die Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt
- die bestehende Arbeitslosigkeit
- die „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit
- das Lebensalter des Versicherten
- eine „Doppelbelastung“, z. B. durch die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes
- die Anerkennung eines GdB (*Versorgungsamt*) oder einer MdE/GdS (*Berufsgenossenschaft*); diesen Begriffen liegen andere Rechtsgrundlagen und Beurteilungskriterien zugrunde
- Wegefähigkeit??
- Betriebsunüblicher Pausenbedarf??

(DRV 2018)

Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen Störungen



wichtig in sozialmedizinischen Gutachten:

→ **Die Würdigung von Ressourcen und Defiziten**

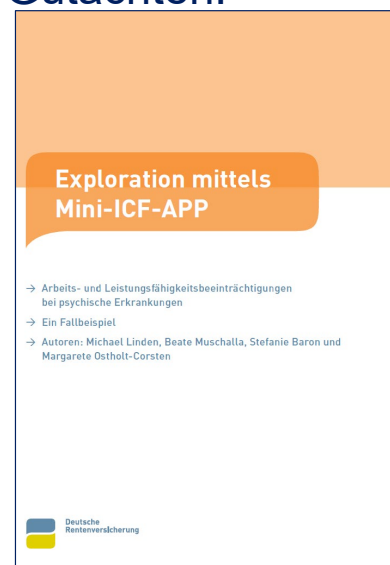


Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen



wichtig in sozialmedizinischen Gutachten:

→ **Teilhabeorientierung**





Zentrale Themen

Abgleich der Anforderungen der Bezugstätigkeit
und der Anforderungen des allgemeinen
Arbeitsmarktes

→ mit dem positiven und negativen
Leistungsvermögen des Versicherten

und entsprechender epikritischer Diskussion
und Begründung



Zentrale Themen

→ Welches aktuelle und prognostische
Leistungsvermögen liegt vor?

→ Leistungen zur medizinisch-beruflich
orientierten Rehabilitation?

→ Leistungen zur beruflichen Rehabilitation?



Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen

„Arbeitsunfähigkeit“ und „Erwerbsminderung“

→ allgemeine Grundsätze

Immer wenn es um viel geht, dann ist es wichtig,

→ **Sachverhalte** und

→ **sozialmedizinische Einschätzungen und Empfehlungen**
nachvollziehbar und ausführlich zu begründen - denn nichts
ist selbstverständlich.



Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen

EINMAL RENTE...(FAST) IMMER RENTE

- machen wir alle es uns an dieser Stelle lieber doppelt schwer
- sorgfältigste Prüfung gerade gut genug
- gesamtgesellschaftliche Verantwortung
- Zunahme psychisch bedingter Erwerbsminderungsrenten



Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen

Kernkriterien

- Beurteilung der psychischen Stabilität
- Beurteilung der Ausdauerbelastbarkeit
- Hat die psychische Störung die Lebensführung übernommen?

Im Sachverständigengutachten besonders wichtig



- ausführliche Vorgeschichte (mit biographischer Anamnese und Verlauf)
- plastische Darstellung eines typischen Tagesablaufes
- ausführlicher, auch für den medizinischen Laien verständlicher psychopathologischer Befund
- je nach Konstellation testpsychologische Zusatzuntersuchungen, bei Erfordernis Empfehlung eines psychologischen Zusatzgutachtens

Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen

Stellenwert testpsychologischer Zusatzuntersuchungen

- **Mitarbeitsabhängigkeit beachten**
- **gezielte Testuntersuchungen**
- **besondere Bedeutung bei hirnorganischen Leistungseinbußen/Persönlichkeitsveränderungen (nach Kopfverletzungen, Schlaganfällen)**

Mit dem klinischen Bild übereinstimmende Ergebnisse sind bedeutsame Zusatzinformationen für eine sichere sozialmedizinische Beurteilung (MED SACH 3/2009).

Unterschiede zwischen Krankheitsgruppen

oberflächlich leichtgradige Beeinträchtigung

Psychosen
(Schizophrenien)
„nicht einfühlbar“

Angst und Depression gemischt
„einfühlbar“

mit unterschiedlichen Kompensationsmöglichkeiten

Depressive Störungen

- **anhaltende** leichtgradige Ausprägung → i. d. R. 6 h und mehr
- **anhaltende** mittelgradige Ausprägung → (allenfalls) 3 bis unter 6 h
- **anhaltende** schwergradige Ausprägung → unter 3 h

(Foerster, MED SACH 2/2007)

Intelligenzminderung („eingebrachtes Leiden“)

I a leichtgradig und ohne bedeutsame Verhaltens- und Anpassungsstörung i. d. R. 6 h und mehr

Beachte: nicht seltene erhebliche psychomotorische Verlangsamung, dann keine Leistungsfähigkeit auf dem allg. Arbeitsmarkt

I b leichtgradig mit bedeutsamer Verhaltens- und Anpassungsstörung

II mittelgradig
(nur in Einzelfällen mindestens 6 h oder 3 bis unter 6 h auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsfähig)

III schwergradig - aufgehobenes Leistungsvermögen

Suchterkrankungen

Einflussgrößen

- Abhängigkeit selbst
- Folgeerkrankungen
- Begleiterkrankungen (Komorbidität)
- Kontextfaktoren

Suchterkrankungen

Risikobewertung der Berufsausübung



für den Rehabilitanden selbst

sozialmedizinische Aufgabe

für die Allgemeinheit

Beispiele:

- Arbeitgeber
- Straßenverkehrsamt
- TÜV

Suchterkrankungen

„Griffnähe“

Prüfung von LTA
(Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

(je nach individuellen Gegebenheiten)

Suchterkrankungen

Abstinenzunfähigkeit

anhaltende quantitative Leistungsminderung,
insbesondere bei:

- fortgeschrittenen hirnorganischem Psychosyndrom
- schweren Persönlichkeitsstörungen

normale Intelligenz, Einsichtsfähigkeit vorhanden, aber
hochgradig eingeschränkte Frustrationstoleranz

Somatoforme (Schmerz)Störung

- Schmerzen aller möglicher Lokalisation
- Erschöpfungszustände
- funktionelle Beschwerden (Schwindel, Benommenheit, Herz, Bauch u. v. a.)

Je mehr unklare Körperbeschwerden, desto unwahrscheinlicher eine organische Ursache, desto wahrscheinlicher eine psychische Genese, die allerdings belegt werden sollte!

Leistungsbeurteilung bei psychischen Störungen

- Diagnosen sind immer kritisch zu hinterfragen

Passen die Befunde dazu?

Psychopathologischer Befund

- Orientierung
- Kontaktbereitschaft
- Kontaktfähigkeit
- Denken
- Stimmung
- Suizidalität
- Kognitionen (Aufmerksamkeit, Auffassung, Konzentration)
- Gedächtnisfunktionen
- Intelligenz
- Krankheitsgefühl/-einsicht
- hirnorganische Symptomatik

Aktuelle Befunde sind sehr wichtig, aber nicht alles!

Beachte: Gesamtverlauf (Zeitachse) und Gesamtzusammenhang

Beispiel Auffassung

Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen, sinnvoll miteinander zu verbinden, in den persönlichen Erfahrungsbereich einzubauen

- Unterscheidung zwischen Fokussierung, Beibehaltung, Verschiebung
- Erfassung im Rahmen der Exploration, Verhaltensbeobachtung, neuropsychologischen Untersuchung

- Auffassungsstörung -> Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit -> als Abteilungsleiter arbeitsunfähig

- Auffassungsstörung -> Beeinträchtigung der Planungs- und Strukturierungsfähigkeit -> beim Fließbandarbeiter relevant?

Beispiel Gedächtnis

Fähigkeit der Speicherung und des zielgerichteten Abrufs von Informationen

- Merkfähigkeit: Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu merken
 - Unterscheidung: Kurz- und Langzeitgedächtnis
- Gedächtnisstörungen werden bereits im Rahmen der Anamneseerhebung deutlich (Langzeitgedächtnis)
- zur Objektivierung bzw. Plausibilitätsprüfungen von Gedächtnisstörungen: Einsatz von standardisierten testpsychologischen Verfahren

Merkfähigkeitsstörungen -> Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit
-> als Verkäufer mit wechselnden Kurzkundenkontakten
arbeitsunfähig

Beispiel Formales Denken

Formale Denkfunktionen zeichnen sich aus durch Geschwindigkeit, Kontrolle, Organisation, Produktivität

Störungen der formalen Denkfunktionen

- führen zu Denkverlangsamung, Gedankendrängen, Inkohärenz, Zerfahrenheit, Grübeln
- beeinflussen die kognitiven Fähigkeiten
- geben Hinweis auf schizophrene oder gravierende affektive Störungen

Denkverlangsamung -> Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit -> als Praxismanager im MVZ
arbeitsunfähig

Beispiel Inhaltliches Denken

Inhaltliche Denkstörungen betreffen die Themen des Denkens. Die Inhalte sind übertrieben oder falsch oder werden als unsinnig und quälend empfunden. Dies können Vorstellungen und Überzeugungen über die Umwelt oder die eigene Person sein, sowie sich aufdrängende Gedanken.

Beispiel: Wahnphänomene, Zwänge, Ängste

→ Je nach Ausprägungsgrad, insbesondere bei affektiver Beteiligung, kann es zu qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen kommen.

Wahnhaftes Erleben und Unruhe -> Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit -> für Heurichten auf dem Feld arbeitsfähig, am Joystick im Kran arbeitsunfähig

Beispiel Affektivität

Störungen der Affektivität: Veränderungen von Gefühlen, Stimmungen, Emotionalität, Einschränkung von Schwingungsfähigkeit, Befindlichkeit

- nicht selten Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit
- Störungen der Affektivität bei Agoraphobie und Zwangskrankheiten (häufig erst im Längsschnittbefund zu erkennen)

- Blickphobie -> Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit -> als Fotomodell oder Bühnenkünstler arbeitsunfähig
- Depressiver Affekt -> Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit -> als Bürosachbearbeiter ohne Kundenkontakt arbeitsfähig

Beispiel Flexibilität

Fähigkeit

- sich bei wechselnden Anforderungen geistig umstellen zu können
- bei Problemlösungen einen Strategiewechsel vorzunehmen

- höheres Alter allein bedingt keine Minderung der Flexibilität

Beispiel Antrieb

Antrieb ist Voraussetzung, um Aufgaben erfüllen zu können

- Antriebsniveau ist an der spontanen Psychomotorik, dem Ausdruckverhalten erkennbar
- Störungen des Antriebs bzw. der Intentionalität sind durch Verhaltensbeobachtung und durch die (Fremd)Anamnese zu erfassen

- Antriebsminderung kann zu qualitativen Leistungseinschränkungen führen (z. B. bei demenziellen Abbauprozessen, Psychose)
- in sehr starker Ausprägung führen Antriebsstörungen zur Aufhebung des Leistungsvermögens

Beispiel:

manische Antriebssteigerung -> Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen -> als Stewardess arbeitsunfähig

Beispiel Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit

Vermögen, sich über eine längere Zeitspanne ausschließlich mit einer bestimmten Aufgabe zu befassen und ablenkende Außenreize weitgehend auszublenden

- Erfassung im Rahmen der Exploration, Verhaltensbeobachtung, neuropsychologischen Untersuchung

reduzierte Daueraufmerksamkeit -> Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit -> z. B. als Fluglotse arbeitsunfähig

Beispiel Ich-Erleben

Ich-Störungen: verändertes Erleben der eigenen Identität und der Grenze zwischen Selbst und Umwelt

Beispiele: Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug

- werden i.d.R. nicht spontan berichtet, müssen gezielt erfragt werden,
- bei schizophrenen Störungen; Derealisation und Depersonalisation auch nach schweren psychischen Traumata

- schwere Ich-Störungen -> schwerere Beeinträchtigungen in leistungsrelevanten Fähigkeitsdimensionen -> häufig dauerhaft aufgehobene Leistungsfähigkeit attestiert

- leichte Ich-Störungen ermöglichen einfach strukturierte Erwerbstätigkeit ohne hohe Anforderung an interaktionelle Fähigkeiten oder kognitive Leistungen

Beispiel Bewusstsein

→ Zustand der Bewusstheit bzgl. Selbst und Umwelt, verbunden mit Fähigkeit zu situativ adäquaten Reaktionen

- quantitative Bewusstseinsstörung: gehen auf beeinträchtigte Wachheit (Vigilanz) zurück; i. d. Regel mit organischer Genese; verschiedene Schweregrade: Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma
- qualitative Bewusstseinsstörung: Vigilanz unbeeinträchtigt, hingegen Bewusstseinsstörungen, -einengung/-erweiterung

phasenweise Vigilanzminderung -> Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit -> als Pilot arbeitsunfähig, als Künstler arbeitsfähig

Beispiel Orientierung

Erfassung in der Exploration:

- zur Zeit: Welches Datum haben wir heute?
- zu Ort: Wo bin ich?
- zur Situation: Was mache ich hier?
- zur eigenen Person: Wie heiße ich? Wie alt bin ich? Wo wohne ich?

Orientierungsstörungen im Rahmen einer komplexen Teilleistungsstörung -> Beeinträchtigung Verkehrs- und Wegefähigkeit -> als Taxifahrerin ohne Navigationsgerät arbeitsunfähig, mit Navigationsgerät arbeitsfähig

Problem der zumutbaren Willensanspannung

Ist ein Versicherter gesundheitlich **in der Lage** und **motiviert**, an der Erschließung/relevanten Verbesserung seines Leistungsvermögens mitzuarbeiten?

JA

NEIN

Problem der zumutbaren Willensanspannung

- psychiatrische Komorbidität
- chronische körperliche Begleiterkrankungen
- Verlust der sozialen Integration
- ausgeprägter Krankheitsgewinn
- mehrjähriger ungünstiger Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission
- unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsmaßnahmen
- gescheiterte Rehabilitationsmaßnahmen

Je mehr dieser Kriterien vorliegen, desto eher liegen die Voraussetzungen für eine „Willensanspannung“ nicht mehr vor.

(Foerster 1998, Winckler und Foerster 1996)



Komorbiditäten

Ergeben zwei oder drei psychische Krankheiten Rente?

Das kommt entsprechend der vorliegenden Funktions- und Belastungseinschränkungen darauf an:

- (leichtgradige) Intelligenzminderung
- leichtgradige Depression
- leichtgradige Angststörung
- Schizophrenie
- kombinierte Persönlichkeitsstörung



Komorbiditäten, Chronifizierung, Therapieresistenz

- Chronifizierung
- Multimorbidität
- Therapieresistenz

sind ohne belegte deutlich anhaltende Funktions- und Belastbarkeitseinschränkungen (insbesondere der Ausdauerbelastbarkeit)

keine Belege für zeitliche Leistungsminderung.

(Widder, Med Sach,4, 2007)



Leistungen bei psychischen Störungen

- Liegt denn tatsächlich zeitliche Leistungsminderung vor?
- Liegt bereits jetzt ein mindestens 6-stündiges Leistungsvermögen vor?

sozialmedizinische Herangehensweise:

- 6 Monatsprognose (SGB VI) bzw.
- ggf. Betrachtungsweise im 78 - Wochenzeitraum der gesetzlichen Krankenversicherung



Rentenwiderspruchsverfahren

Besonderheiten zum Beispiel im Rentenwiderspruchsverfahren?

NEIN

gleicher Maßstab im Rehabilitationsverfahren
 Rentenanspruchsverfahren
 Rentenwiderspruchsverfahren
 Rentenklageverfahren

gewisse Ausnahme:

- noch kritischerer Umgang mit medizinischer Rehabilitation

Wissen

Einstellung

Handlungskompetenz

1.5 Plausibilität der sozialmedizinischen Epikrise im Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung aus der Gesamtschau der Befunde im Entlassungsbericht plausibel ableiten.

Begründung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Ende der medizinischen Rehabilitation bedarf der Berücksichtigung aller erhobenen Befunde im Reha-Verlauf. Die Gesamtschau dieser Befunde findet ihren Niederschlag in der sozialmedizinischen Epikrise.

Inhalt

- sozialmedizinische Epikrise im Reha-Entlassungsbericht
- Fallbeispiele mit sozialmedizinischen Leistungsbeurteilungen, die von Seiten der DRV Träger hinterfragt wurden

Material

- Folien (siehe Seiten 62 - 68)

Hinweise zur Durchführung

Diskussion von Reha-Entlassungsberichten

Zeit circa 45 Minuten

Anmerkung

Als Fallbeispiele werden anonymisierte Reha-Entlassungsberichte verwendet. Die Entlassungsberichte werden gemeinsam im Plenum durchgesprochen.

Eine detaillierte Darstellung der Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht folgt im Modul 2 des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“. Im Modul 2 werden auch noch einmal einzelne Entlassungsberichte durchgesprochen. Teilnehmende können bei Wunsch eigene Entlassungsberichte für die Fallarbeit einreichen.

1.000.000

Was hat diese Zahl mit Sozialmedizin zu tun?

- A) Es handelt sich um die jährliche Zahl an Rehabilitationsentlassungsberichten (Maßnahmen über Rentenversicherungsträger).
- B) Es handelt sich um die jährliche Zahl exzellenter sozialmedizinischer Gutachten in Deutschland.



Sozialmedizinischer Epikrise

- ausführliche und nachvollziehbare Begründung, vor allem bei einem eingeschätzten unter 6-stündigen Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt



Sozialmedizinische Epikrise (DRV 2015)

- Aussage zum Leistungsvermögen im Erwerbsleben
- Aussage ist abzugleichen hinsichtlich der Einsetzbarkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes
- auf Blatt 1a des Formularsatzes in standardisierter Form niedergelegte Leistungsbeschreibung ist hier **nachvollziehbar zu begründen**
- qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens sind mit dem jeweiligen Krankheitsbild in Beziehung zu setzen
- quantitative Einschränkung muss sich nachvollziehbar aus einer zusammenfassenden Bewertung der bestehenden qualitativen Einschränkungen ergeben



Sozialmedizinische Epikrise (DRV 2015)

- Berücksichtigung aller relevanten Aspekte des Gesundheitsstatus (**somatisch, funktional, psychisch, sozial, edukativ**)
- nachvollziehbares Bild der Leistungsfähigkeit in kompakter Form, das sowohl
 - auf den anamnestisch erhobenen Informationen,
 - den relevanten Vorbefunden als auch
 - den während der Rehabilitation erhobenen Befund und Verlaufsinformationen beruht

Betrachtung im Längs- und Querschnitt!



Beispiele sozialmedizinische Epikrise

jeweilige F-Diagnose:

rezidivierende depressive Störung,
gegenwärtig mittelgradige Episode



Beispiel A: Sozialmedizinische Epikrise

Frau Musterfrau ist weder in ihrer letzten Tätigkeit als Verkäuferin noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsfähig.



Beispiel B: Sozialmedizinische Epikrise (1)

Wir entließen die Patientin für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kundenbetreuerin im Callcenter gemäß Leistungsbild (siehe Blatt 1 a) sowie für den allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zeitweise gehend, zeitweise stehend und ständig sitzend für unter 3 Stunden leistungsfähig.

Einschränkungen:

Keine erhöhten Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen, an Anpassungs- und Umstellfähigkeit sowie sozial-interaktionelle Fähigkeiten. Kein ständiger Publikumsverkehr. Keine Nachtschichten wegen depressiogener Wirkung.



Beispiel B: Sozialmedizinische Epikrise (2)

Es besteht ein massives Insuffizienzerleben mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung. Durch die bereits erfolgte Berentung verstärkte sich die Verhaftung in einer Krankenrolle, was eine Störungschronifizierung zur Folge hatte. Zudem erscheint die Patientin kaum belastbar, reagiert auf neue Anforderungen mit großer Verunsicherung und teilweise Gereiztheit. Sie hat derzeit kein angemessenes Be- und Entlastungsmanagement, was bei Anforderungen zu Druckerleben und anschließender Frustration führt. Zudem ist die Stimmung noch sehr instabil.

Beispiel C: Sozialmedizinische Epikrise (1)

Aufgrund eines anhaltend mittelgradig depressiven Syndroms (ICD-10) mit im Vordergrund stehender deutlicher Antriebsminderung und ausgeprägt depressiver Stimmungslage, hat die Versicherte eine komplexe psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahme in unserem Haus absolviert. ➡ **Längsschnitt**

Eine wesentliche Änderung konnte trotz der umfangreichen und unterschiedlichen Interventionen beinhaltenden rehabilitativen Bemühungen nicht erreicht werden. ➡ **Querschnitt**

Die beschriebenen psychotherapeutischen Befunde, im Kern eine anhaltende, deutlich weiterhin bestehende Antriebsminderung und eine ausgeprägt depressive Stimmungslage führen zu einer erheblich beeinträchtigten Ausdauerbelastbarkeit bei fortbestehender psychischer Instabilität.

Beispiel C: Sozialmedizinische Epikrise (2)

Bei der deutlich verfestigten Erkrankungssymptomatik wird auch in den nächsten 6 bis 9 Monaten, nach nunmehr bereits mehrjährigen adäquaten und angemessen intensiven therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen eine leistungsrelevante Besserung nicht erwartet. Gleichwohl bleibt mittel- und längerfristig der weitere Verlauf abzuwarten. ➡ **Prognose**

Die Entlassung erfolgt deshalb arbeitsunfähig mit aufgehobenem Leistungsvermögen (unter 3 Stunden) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroassistentin der Geschäftsleitung eines Textilunternehmens als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt.



Beispiel D: Sozialmedizinische Epikrise (1)

Der Patient ist als Fliesenleger in einem Kleinbetrieb tätig gewesen. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit wurde dem Patienten mit 4-monatiger Kündigungsfrist gekündigt. Bei gutem Kontakt zum Arbeitgeber wäre die Wiederaufnahme des Arbeitsplatzes im Verlauf nach weiterer Besserung und des Erlangens einer Arbeitsfähigkeit möglich oder in Aussicht gestellt.

Seit dem Schlaganfallereignis besteht Arbeitsunfähigkeit.

Aus neurologischer Sicht ist die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit aufgrund der bisherigen guten Erholungstendenz nach weiterer und ausreichender Rekonvaleszenz und mittels stufenweiser Wiedereingliederung für 6 Stunden und mehr vorstellbar. Der Patient teilt diese Auffassung.



Beispiel D: Sozialmedizinische Epikrise (2)

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten ohne Einschränkung bezüglich der Arbeitshaltung.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen sind aktuell noch nicht abschließend zu beurteilen: Zeitlicher Umfang: für 6 Stunden und mehr

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig. Aufgrund des bisherigen guten Verlaufes mit deutlicher Rückbildung der fokal-neurologischen und kognitiven Störungen ist eine Leistungsminderung länger als 6 Monate aktuell nicht vorherzusagen, so dass das Leistungsvermögen per Definition noch nicht als eingeschränkt zu beurteilen ist. Bei Fortschreiten der bisherigen guten Rückbildung der fokalen Symptomatik besteht eine günstige Prognose bezüglich der Rückkehr in den Arbeitsprozess.

Beispiel D: Sozialmedizinische Epikrise (3)

Wir empfehlen die Überprüfung der noch bestehenden Restsymptomatik nach einer weiteren Stabilisierungsphase auch unter fortgeführtem Programm mittels IRENA in 5 bis 6 Monaten, zum Beispiel über eine erneute ganztägig-ambulante Rehabilitation, gegebenenfalls stationärer Aufenthalt mit neuropsychologischer, ergotherapeutischer und physiotherapeutischer Vorstellung.

Sollte nach der zu empfehlenden erneuten Rehabilitation bzw. des stationären Aufenthaltes mit differenzierter Testung die Wiedererreichbarkeit der Arbeitsfähigkeit bestehen, so empfehlen wir die stufenweise Wiedereingliederung. Prinzipiell ist ein Verbleib auf dem aktuellen Funktionsniveau nicht auszuschließen.

Im Rahmen der Abschlussuntersuchung bestand Übereinstimmung zwischen der Selbsteinschätzung des Patienten bezogen auf die Leistungsfähigkeit und der entsprechenden Beurteilung des positiven und negativen Leistungsbildes, auch bezogen auf die letzte Tätigkeit.

Modul 1: Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten

Seminareinheit 2

Themen

- Berufsbegriff der Rentenversicherung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Identifizierung des Bedarfs
- Rentenfragen in der medizinischen Rehabilitation: Definition des allgemeinen Arbeitsmarktes und des Teilzeitarbeitsmarktes

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und eine Pausenzeit von 30 Minuten

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Psychotherapeuten aus der psychosomatischen Rehabilitation und aus der Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen

Leitung

- empfehlenswert sind zwei Fachreferenten und ein Moderator aus der Seminareinheit 1
- Qualifikation der Referenten: Fachreferenten/Reha-Berater der Rentenversicherung zum Thema LTA und Rentenverfahren

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer, Presenter
- Flipchart

Handouts

- Handzettel der Präsentationen (im Ausdruck 2 Folien pro Seite) oder das Manual zu diesem Modul
- Handout zum Thema Berufsbezug

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: 2018.

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Anhand des Berufsbegriffs der Rentenversicherung lernen die Teilnehmenden, die Bedeutung der Arbeitsanamnese und der Arbeitsplatzbeschreibung im Reha-Entlassungsbericht einzuschätzen. Die Teilnehmenden erlangen einen Überblick über das Leistungsangebot der Leistungen zur Teilhabe (LTA), die Voraussetzungen zum Erhalt einer solchen Leistung und die Beratungsmöglichkeiten für Versicherte und Arbeitgeber. Sie können Prüfkriterien für die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf den Teilzeitarbeitsmarkt im Rentenverfahren erläutern. Sie haben Kenntnisse von Sonderfällen und der aktuellen Rechtsauslegung durch das Bundessozialgericht erworben.

Hinweise

Es ist empfehlenswert, den zweiten Tag mit einem kurzen Rückblick auf den ersten Tag zu beginnen. In diesem Rückblick können die Teilnehmenden Bedürfnisse und Fragen äußern, die sich aus den Vorträgen und Diskussionen des ersten Tages ergaben.

2.1 Bezugsberuf

Lehrziel

Die Teilnehmenden können erläutern, was dem Berufsbegriff der Rentenversicherung zugrunde gelegt wird.

Begründung

Der Zeitraum der medizinischen Rehabilitation sollte zunächst zur Erhebung einer möglichst konkreten Arbeitsanamnese genutzt werden, damit der Rentenversicherungsträger später bei Bedarf geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen oder eine rasche und zutreffende Entscheidung über den Rentenantrag vornehmen kann. Den bisherigen Beruf bzw. den Bezugsberuf legt in diesem Fall der Rentenversicherungsträger in eigener Zuständigkeit fest und macht ihn zur Grundlage seiner Verwaltungsentscheidung. Im Regelfall sollte die Arbeitsanamnese, die während der medizinischen Rehabilitation erhoben wurde, mit den Angaben des Versicherten im Antrag und den Feststellungen des Rentenversicherungsträgers übereinstimmen bzw. sich einander ergänzen. Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung muss die quantitative Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf eingeschätzt werden. Der Berufsbegriff geht dabei über den konkreten Arbeitsplatz und dessen Anforderung hinaus, da er sämtliche Ausübungsformen eines konkreten Berufs umfasst, die es gegenwärtig tatsächlich auf dem Arbeitsmarkt gibt.

Inhalt

- Arbeitsanamnese hinsichtlich der Erwerbsminderung nach §43 SGB VI
- Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach §240 SGB VI
- Bestimmung des bisherigen Berufs
- Berufsbegriff der gesetzlichen Rentenversicherung
- Mehrstufenschema
- Verweistätigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 72 - 80)
- Handout Bezugsberuf (siehe Seiten 81 – 85)

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion

Zeit circa 45 Minuten

Anmerkung

Vor der Auswahl geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist vom Rentenversicherungsträger der sogenannte Bezugsberuf festzulegen. Er bildet neben dem sozialmedizinischen Leistungsbild den Ausgangspunkt für die Auswahl geeigneter Leistungen.

Themen

- Arbeitsanamnese hinsichtlich der Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI
- Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach 240 SGB VI
- Bestimmung des bisherigen Berufs
- Berufsbegriff der gesetzlichen Rentenversicherung
- Mehrstufenschema
- Verweistätigkeit

Berufskundliche Aspekte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

- Kann der bisherige Beruf noch ausgeübt werden?
(*Arbeitsunfähigkeit ist nicht gemeint*)
- Kann eine sozial und gesundheitlich zumutbare Tätigkeit benannt werden?
- Sind Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes noch möglich?
- Liegt eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen vor?
- Besteht eine schwere spezifische Leistungsbehinderung?

Berufskundlicher Abgleich zwischen

- dem sozialmedizinischen Leistungsvermögen und
- den beruflichen Anforderungen
*(bisheriger Beruf, mögliche Verweisungstätigkeiten,
Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes)*

Wichtige Informationen werden dabei dem Reha- Entlassungsbericht entnommen:

- Angaben zur Erwerbsbiografie
*(z. B. erworbene Ausbildungsabschlüsse, Anforderungen am
letzten Arbeitsplatz)*
- genaue Informationen zum aktuellen
sozialmedizinischen Leistungsvermögen

Bisheriger Beruf vs. letzte berufliche Tätigkeit

wichtig für Versicherte, die vor 02.01.1961 geboren wurden

- Ausbildungsberuf?
- Betriebliche Stellung?
- Selbstständigkeit?
- Versicherungspflicht?
- Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (*Ein-Euro-Job*)?
- Umschulungsberuf (*LTA*)?

Beispiel

Berufe in der Kranken- und Altenpflege

- Krankenpflegehelfer*innen, Altenpflegehelfer*innen
- Altenpfleger*innen
- Medizinische/r Fachangestellte/r (*Arzthelfer*innen*,)
Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r
(*Zahnarzthelfer*innen*)
- Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
(*Krankenschwester, Krankenpfleger*)

Beispiel

berufskundlicher Vergleich

Gesundheits- und Krankenpfleger (*Altenpfleger*)

- Ausbildung 3 Jahre
- Verweisungsmöglichkeiten (*nicht Altenpfleger*):

Mutter-Kind-Kliniken,
**betriebsärztliche
Dienste**

Krankenpflegehelfer/ Altenpflegehelfer

- Ausbildung 1 Jahr
- Verweisungsmöglichkeiten:

Tätigkeiten des
allgemeinen
Arbeitsmarktes

Der Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

Struktur und Darstellung der Berufe

- Ausbildung (*rechtliche Grundlagen*)
- Aufgaben und Tätigkeitsmerkmale
- berufstypische gesundheitliche Anforderungen (*körperlich und psychomental*)
- ggf. Angabe von Verweisungsmöglichkeiten

Der Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

aufgeführte Verweisungsmöglichkeiten

- Darstellung des erforderlichen Restleistungsvermögens für diese Tätigkeit
- inhaltliche Beschreibung der Verweisungstätigkeit
- Tätigkeitsbezeichnung, berufliche Einstufung
- Hinweise auf die Rechtsprechung (*Urteile*), Berichte über Arbeitsplatzerkundungen oder Sachverständigenaussagen
- Hinweise auf mögliche Einschränkungen, die einer Verweisung ggf. entgegenstehen könnten

Quellen der Berufskunde im Rentenverfahren

- eigenen Ermittlungen (*Betriebsbesuche*)
- www.berufenet.de
- Auswertung von Urteilen
- Auswertung von Gutachten externer berufskundlicher Sachverständiger in Klageverfahren
- Auswertung von Fachliteratur, Internetrecherche
- Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

www.berufenet.de

BERUFENET

Finden Sie ausführliche Berufsinformationen

Suche Beruf

SUCHEN

Erweiterte Suche (Berufsgruppen, 2-jährige Ausbildungen und Fortsetzungsberufe)

Sucheinstieg über Berufsfelder

Suche von A-Z

Sucheinstieg über Tätigkeitsfelder

Sucheinstieg über Studienfelder

Suche nach reglementierten Berufen

MINT

Aktuelles

03.01.2017
Regierung: Alterspflege ist ein Jobmotor
Die Alterspflege hat sich nach Angaben der Bundesregierung zu einem Jobmotor entwickelt. So sei die Zahl der Beschäftigten in diesem Berei...

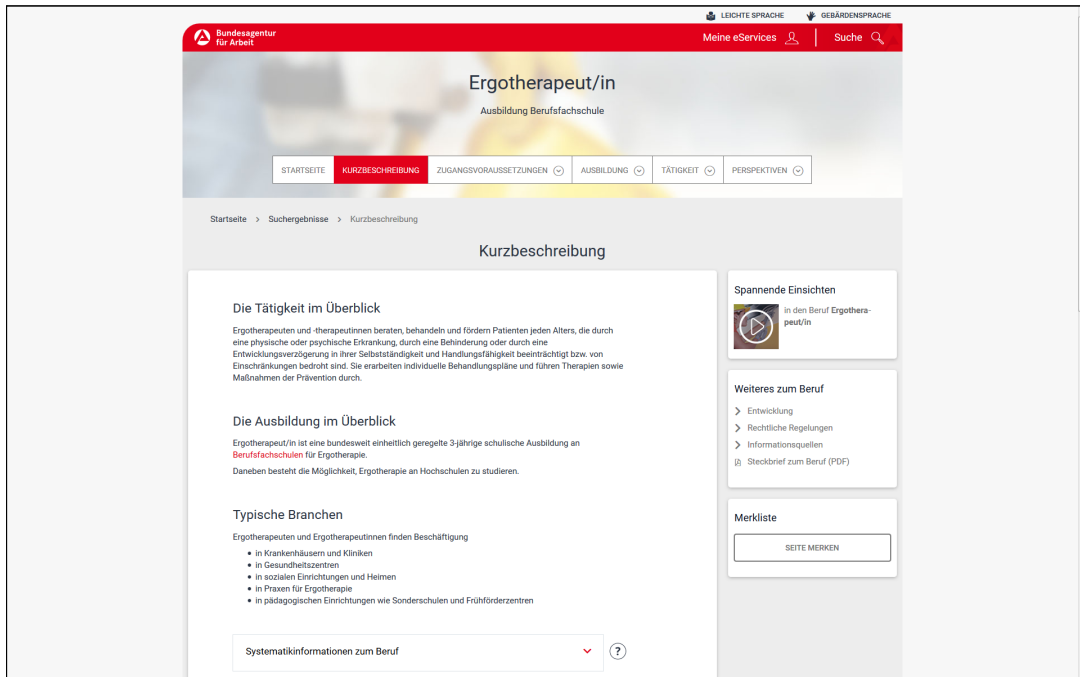
Alle Neuigkeiten anzeigen >

Änderungen Berufswelt

- Neuordnungen Berufe
- Aufgehobene Berufe
- Änderungen Berufsbezeichnungen

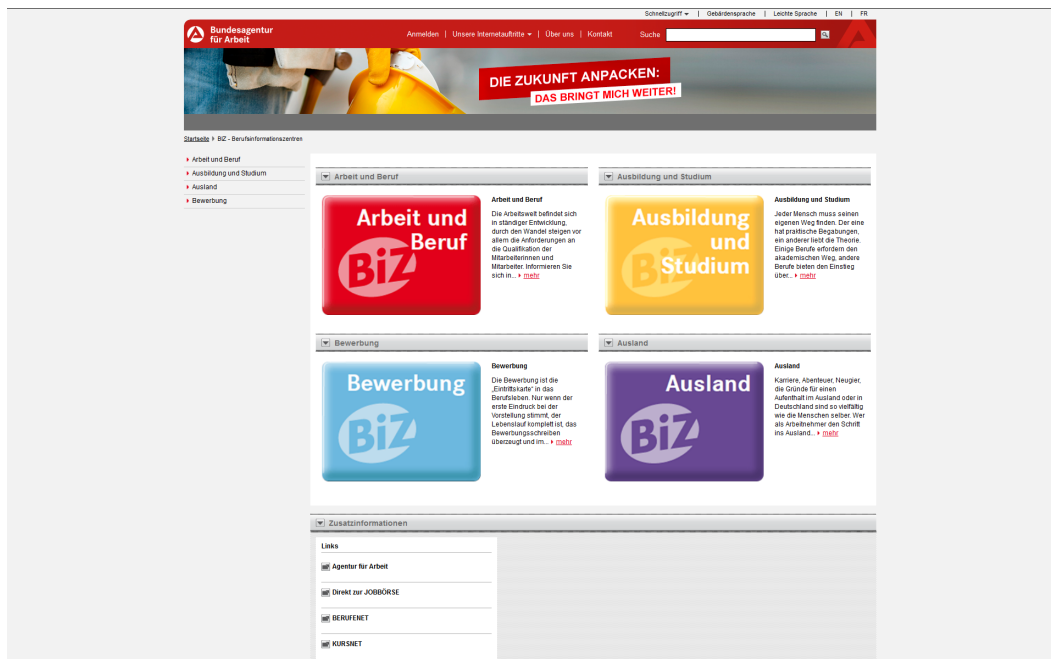
Stand: 02.01.2017 | Version: 3.71.19709

www.berufenet.de



The screenshot shows the website interface for the profession 'Ergotherapeut/in'. At the top, there is a navigation bar with 'Meine eServices' and a search function. Below this, the main header identifies the profession and its training path: 'Ergotherapeut/in, Ausbildung Berufsfachschule'. A menu allows users to navigate between 'STARTSEITE', 'KURZBESCHREIBUNG' (selected), 'ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN', 'AUSBILDUNG', 'TÄTIGKEIT', and 'PERSPEKTIVEN'. The main content area is titled 'Kurzbeschreibung' and contains three sections: 'Die Tätigkeit im Überblick', 'Die Ausbildung im Überblick', and 'Typische Branchen'. A sidebar on the right offers 'Spannende Einsichten', 'Weiteres zum Beruf' (with links to development, regulations, and sources), and a 'Merkliste' button.

Berufsinformationszentrum (BiZ) der Bundesagentur für Arbeit



The screenshot displays the homepage of the 'Berufsinformationszentrum (BiZ) der Bundesagentur für Arbeit'. The header features the agency's logo and a search bar. A prominent banner reads 'DIE ZUKUNFT ANPACKEN: DAS BRINGT MICH WEITER!'. Below the banner, a navigation menu lists 'Arbeit und Beruf', 'Ausbildung und Studium', 'Bewerbung', and 'Ausland'. The main content area is organized into four columns, each with a colored header and a brief description: 'Arbeit und Beruf' (red), 'Ausbildung und Studium' (yellow), 'Bewerbung' (blue), and 'Ausland' (purple). A 'Zusatzinformationen' section at the bottom provides links to 'Agentur für Arbeit', 'Direkt zur JOBBÖRSE', 'BERUFENET', and 'KURSNET'.



§ 240 SGB VI: Berufsunfähig ist... **(nur Versicherte, die vor 1961 geboren wurden)**

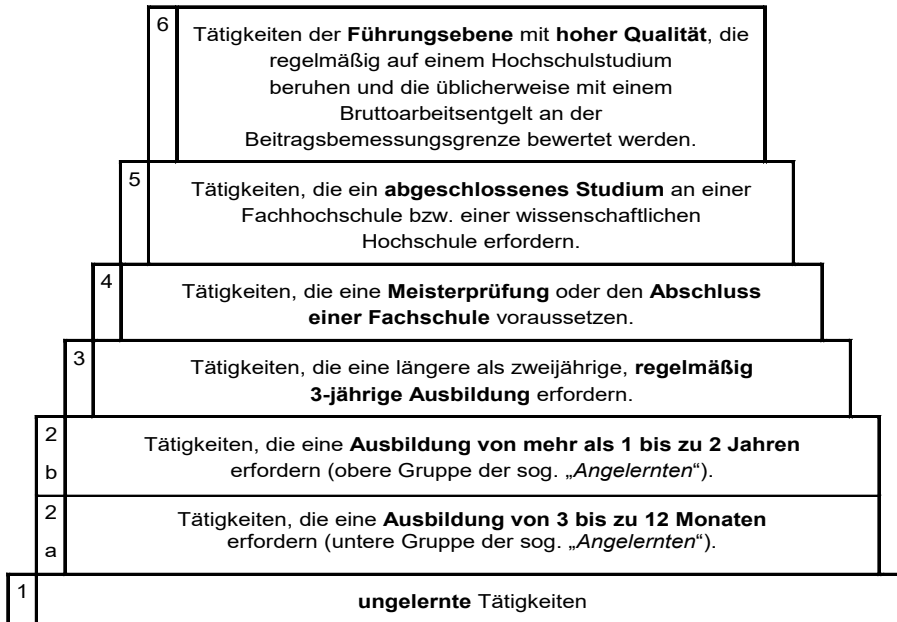
- dessen Leistungsvermögen im bisherigen Beruf auf weniger als sechs Stunden gesunken ist und auch
- eine sozial und gesundheitlich zumutbare Verweisungstätigkeit nicht für die Dauer von arbeitstäglich sechs Stunden verrichtet werden kann
- zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die Versicherte durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebildet oder umgeschult wurden



Bisheriger Beruf vs. letzte berufliche Tätigkeit

- Ausbildungsberuf?
- Betriebliche Stellung?
- Selbstständigkeit?
- Versicherungspflicht?
- Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?
- Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM)?
- Umschulungsberuf (LTA)?

Mehrstufigenschema



Handout: Bezugsberuf

1. Arbeitsanamnese hinsichtlich der vollen und teilweisen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI

Für die Feststellung, ob das Leistungsvermögen von Versicherten eingeschränkt ist, werden konkrete Angaben zur letzten beruflichen Tätigkeit benötigt. Diese Tätigkeit bildet den Bezugspunkt beim sozialmedizinischen Leistungsbild. Dafür ist zunächst die Festlegung auf eine bestimmte Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnung zu treffen. Wurde ein Ausbildungsabschluss erlangt und der Beruf danach ununterbrochen bis zum Eintritt des Leistungsfalls ausgeübt, mag die Festlegung noch einfach sein. Dies gilt aber nur dann, wenn genaue Kenntnisse über die Anforderungen der konkreten Berufstätigkeit vorliegen.

Berufsausübungsformen sind jedoch durch die Dynamik der Arbeitswelt einem ständigen Wandel ausgesetzt, sodass es nicht immer möglich ist, auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Dabei können innerbetriebliche Funktionsbezeichnungen, Positionsbegriffe in Arbeitsverträgen, Ausbildungstitel privater Weiterbildungsträger oder das subjektive berufliche Selbstbild der Versicherten eine genaue Zuordnung erschweren. Auch ist zu beachten, dass der deutsche Arbeitsmarkt zunehmend von englischen Berufsbegriffen geprägt ist. Eine schlichte (Rück)Übersetzung kann schnell zum Fehlschluss führen. Die Erfassung unterbrochener und wechselhafter Erwerbsbiografien ist dabei als zusätzliche Herausforderung anzusehen.

Falls Leistungseinbußen schon länger bestanden, ist es nicht ungewöhnlich, dass Versicherte ihre letzte Berufstätigkeit nur noch an ganz speziell ausgestatteten Arbeitsplätzen verrichten konnten (z. B. an Arbeitsplätzen für hochgradig sehbehinderte Mitarbeiter) oder sie von der besonderen Rücksichtnahme ihrer Arbeitgeber profitierten. Solche Gegebenheiten sind hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes als untypisch anzusehen. Die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit unter diesen untypischen Bedingungen ist den Versicherten nur noch dann zuzumuten, wenn sie über ein entsprechendes gesundheitliches Leistungsvermögen verfügen und ihnen genau dieser Arbeitsplatz weiterhin zur Verfügung steht bzw. er ihnen vermittelt oder eingerichtet werden kann. Insofern kann es erforderlich sein, die Versicherten auch zu den konkreten Umständen ihrer Berufsausübung zu befragen.

Erst in Kenntnis des konkreten Anforderungsprofils kann dann die aktuelle Fähigkeit zu dessen Bewältigung aus sozialmedizinischer Sicht beurteilt werden. Zudem können die in der Vergangenheit erlangten beruflichen Kompetenzen Anhaltspunkte für das Restleistungsvermögen liefern.

2. Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI

Bei Versicherten, die vor dem 02.01.1961 geboren wurden und deren medizinische Rehabilitation nicht erfolgreich war, kann Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI bestehen. Für

diese Versicherten kommt es nun in besonderem Maße auf die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf und für etwaige Verweisungstätigkeiten an.

2.1 Bestimmung des bisherigen Berufs

Aus rentenrechtlicher Sicht ist der bisherige Beruf in aller Regel die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit.

Eine zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Rahmen der beruflichen Selbstständigkeit, für die keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet wurden, wäre also bei der Bestimmung des bisherigen Berufs nicht heranzuziehen. Zudem werden u. a. pflichtversicherte Tätigkeiten wie z. B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung gemäß § 16d SGB II (sog. Ein-Euro-Job) oder für eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit gemäß § 3 SGB VI ebenfalls nicht berücksichtigt. Bei einem sogenannten „Ein-Euro-Job“ handelt es sich nicht um eine auf Dauer ausgerichtete Tätigkeit und die nicht erwerbsmäßige Pflege stellt keine Erwerbstätigkeit dar.

Wurde eine frühere (höherwertigere) versicherungspflichtige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben und danach eine andere (geringer qualifizierte) Tätigkeit ausgeübt, ist ggf. die frühere Tätigkeit als bisheriger Beruf zu berücksichtigen. Die (retrospektive) Beurteilung, ob eine vorherige Tätigkeit tatsächlich aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben wurde, muss später im Rentenverfahren anhand geeigneter medizinischer Unterlagen vorgenommen werden.

Auch geringfügige Tätigkeiten können, soweit sie bis zum Eintritt der Erwerbsminderung ausgeübt wurden und dabei der Versicherungspflicht unterlagen, als Grundlage zur Festlegung des bisherigen Berufs herangezogen werden.

2.2 Abgleich des Leistungsvermögens mit dem Anforderungsprofil

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit ergibt sich aus einem Abgleich der ermittelten Funktionsstörungen und verbliebenen Fähigkeiten mit den beruflichen Belastungsfaktoren. Die Leistungsfähigkeit im Beruf ist auf unter 6 Stunden täglich gesunken, wenn entscheidende Anforderungen eines Berufes nicht mehr erfüllt werden können.

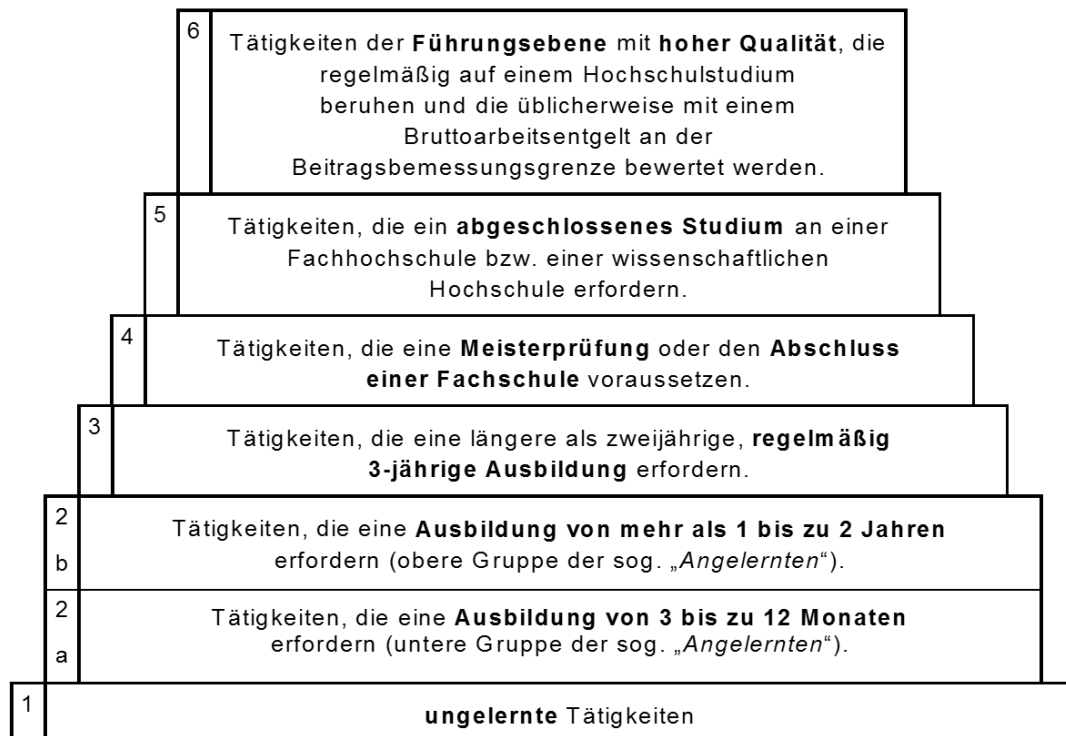
2.3 Berufsbegriff in der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Berufsbegriff in der gesetzlichen Rentenversicherung geht über den konkreten Arbeitsplatz und dessen Anforderung hinaus, da er sämtliche Ausübungsformen eines konkreten Berufes umfasst, die es gegenwärtig tatsächlich auf dem Arbeitsmarkt gibt. Die (regionale) Verfügbarkeit offener Arbeitsstellen für den bisherigen Beruf oder für eventuelle Verweisungstätigkeiten ist dabei nicht relevant, da hier der Risikobereich der Arbeitslosenversicherung betroffen ist.

2.4 Mehrstufenschema – Zuordnung und soziale Zumutbarkeit

Kann der bisherige Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden, prüft der Rentenversicherungsträger, ob Versicherte auf eine anderweitige Tätigkeit verwiesen werden können. Neben der **gesundheitlichen Zumutbarkeit** dieser Tätigkeit muss also auch die **soziale Zumutbarkeit** anhand des Mehrstufenschemas des Bundessozialgerichts im Antragsverfahren berücksichtigt werden.

Abb. 1: Mehrstufenschema des Bundessozialgerichts



Die Zuordnung wird anhand der Dauer und des Umfangs der Ausbildung vorgenommen. Falls keine formale Ausbildung für den bisherigen Beruf absolviert wurde, muss im Antragsverfahren anhand von Unterlagen die konkrete Position im betrieblichen Gefüge nachgewiesen werden.

2.5 Anforderungen einer Verweisungstätigkeit

Sozial zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie im Mehrstufenschema in der gleichen Stufe wie der bisherige Beruf oder eine Stufe tiefer einzuordnen ist. Diese Verweisungstätigkeit muss dem eingeschränkten Leistungsvermögen des Versicherten noch entsprechen. Zudem darf sie keine längere als dreimonatige Einarbeitungszeit erfordern und muss in nennenswerten Umfang (ca. 300 offene oder besetzte Arbeitsplätze bundesweit) tatsächlich in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden sein.

Kann eine Verweisungstätigkeit gemäß den vorgenannten Kriterien benannt werden, wird der Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit mit dieser Begründung abgelehnt. Dieses Benennungserfordernis soll den Versi-

cherten in die Lage versetzen, den Einwand des Rentenversicherungsträgers, er könne noch eine zumutbare Tätigkeit verrichten, zu überprüfen. Dafür stehen dem Versicherten das Widerspruchs- und später das Klageverfahren offen.

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die berufliche Rehabilitation

Vor der Auswahl geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist vom Rentenversicherungsträger der sog. Bezugsberuf festzulegen. Er bildet neben dem sozialmedizinischen Leistungsbild den Ausgangspunkt für die Auswahl geeigneter Leistungen.

Im Unterschied zum bisherigen Beruf im Falle der Berufsunfähigkeit kommt es beim Bezugsberuf nicht nur auf die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit an. Vielmehr ist die Erwerbsbiografie des Versicherten nach der Tätigkeit zu bewerten, die ihr in den letzten Jahren das Gepräge gegeben hat - die also mit einer gewissen Dauer und in einem gewissen Umfang ausgeübt wurde. Dabei ist es zweitrangig, ob dafür auch eine entsprechende Ausbildung erfolgreich durchlaufen wurde. Vielmehr genügt die tatsächliche Ausübung einer Tätigkeit, um sie als Bezugsberuf heranzuziehen. Der (rehabilitationsrechtliche) Bezugsberuf ist also definitionsgemäß weiter gefasst als der (rentenrechtliche) bisherige Beruf.

Werden nach der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur beruflichen Rehabilitation angestrebt, kann die Darstellung der Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht ebenfalls wichtige Hinweise liefern.

4. Stellenwert der Arbeitsanamnese während der medizinischen Rehabilitation

In Unkenntnis der genauen Rechtslage sind manche Versicherte nicht in der Lage, die Bedeutung von Sachverhalten ihrer Erwerbsbiografie zu erkennen. Im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente können fehlende Informationen zunächst zu Verzögerungen oder gar Fehlentscheidungen führen. Erfahrungsgemäß können dann im Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren u. a.:

- der Zeitpunkt des Leistungsfalls,
- die Bestimmung des bisherigen Berufes,
- der Nachweis einer gesundheitsbedingten Lösung vom bisherigen Beruf,
- die Festlegung des körperlichen und psychischen Anforderungsprofils für den bisherigen Beruf,
- die Zuordnung zum Mehrstufenschema und
- die Benennung einer sozial und gesundheitlich zumutbaren Verweisungstätigkeit

strittig sein. Zudem können abweichende Rechtsauffassungen zu diesen Punkten im Widerspruchs- und Klageverfahren aufeinandertreffen.

Der Zeitraum der medizinischen Rehabilitation sollte zunächst zur Erhebung einer möglichst konkreten Arbeitsanamnese genutzt werden, damit der Rentenversicherungsträger später geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen oder eine rasche und zutreffende Entscheidung über den Rentenantrag vornehmen kann.

Dem Grunde nach werden alle dafür relevanten Informationen bereits bei der Antragstellung vom Versicherten erhoben. In der Praxis zeigt sich aber, dass diese Informationen manchmal unvollständig oder fehlerhaft sind. Eine während der medizinischen Rehabilitation sorgsam erstellte Arbeitsanamnese kann helfen, Informationslücken bei der späteren Antragsbearbeitung zu schließen.

Den bisherigen Beruf bzw. den Bezugsberuf legt später der Rentenversicherungsträger in eigener Zuständigkeit fest und macht ihn zur Grundlage seiner Verwaltungsentscheidung. Im Regelfall sollte die Arbeitsanamnese, die während der medizinischen Rehabilitation erhoben wurde, mit den Angaben des Versicherten im Antrag und den Feststellungen des Rentenversicherungsträgers übereinstimmen bzw. sich einander ergänzen.

Qualitätskriterien der Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht

- Die Schilderung eines typischen Arbeitstages mit körperlichen und psychischen Anforderungen,
- die Mitteilung der genauen Positionsbezeichnung und deren Zuordnung im betrieblichen Gefüge,
- die Nennung erlangter Berufsabschlüsse,
- die Darstellung einer chronologischen Erwerbsbiografie (tabellarischer Lebenslauf) sowie
- ggf. die Angabe gesundheitlicher Gründe für einen Stellenwechsel in der Vergangenheit

sind als Qualitätsmerkmale einer guten Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht anzusehen.

Dabei sollten zunächst die subjektiven Schilderungen der Versicherten zu diesen Punkten im Entlassungsbericht erfasst werden. Die objektive Richtigkeit ist später vom Rentenversicherungsträger zu prüfen. Stellen sich Angaben der Versicherten dann als unzutreffend heraus, ist dies nicht den Rehabilitationseinrichtungen anzulasten. So ist beispielsweise nur der Rentenversicherungsträger anhand des Zugriffs auf das Rentenkonto in der Lage, festzustellen, ob eine Tätigkeit tatsächlich der Versicherungspflicht unterlag. Ein Mangel im Entlassungsbericht bestünde aus Sicht der Rentenversicherung hingegen in einer unvollständigen oder gar fehlenden Arbeitsanamnese.

Wissen

Einstellung

Handlungskompetenz

2.2 Identifikation von LTA-Bedarf

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Voraussetzungen und Inhalte der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) benennen und kennen das Beratungsangebot der Deutschen Rentenversicherung.

Begründung

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen Leistungen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur beruflichen Anpassung, Berufsvorbereitung, Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und Qualifizierung sowie finanzielle Hilfen. Während der medizinischen Rehabilitation sollen die Rehabilitanden bei Bedarf über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert werden. Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über das Leistungsangebot, die Voraussetzungen zum Erhalt einer solchen Leistung und die Beratungsmöglichkeiten für Versicherte und Arbeitgeber.

Inhalt

- Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 10, 11 und 12 SGB VI)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX)
- Rehabilitationsberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung
- Firmenservice der DRV

Material

- Folien (siehe Seiten 87 - 91)

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Die Deutsche Rentenversicherung entscheidet nach Antragstellung über Art, Umfang und Höhe der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Im Entlassungsbericht soll keine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen werden. Hintergrund ist, dass in den Reha-Einrichtungen weder ausreichende Kenntnisse vom (wohn-)örtlichen Arbeits- als auch Bildungsmarkt vorliegen noch eine Einschätzung der Qualität der einzelnen Leistungen bzw. deren Voraussetzungen geleistet werden kann. Welcher Beruf als Bezugsberuf relevant ist, wird vom Leistungsträger festgelegt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 11 SGB VI Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- die Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird bezogen oder
- nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - wenn ohne LTA Rente zu leisten wäre („Reha vor Rente“) oder
 - wenn LTA unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Reha erforderlich ist

§ 12 SGB VI Ausschluss von Leistungen

- z. B. bei Beamten, Altersrentenbezieher von mind. 2/3 der Vollrente

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 10 SGB VI Persönliche Voraussetzungen

- Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit – „Reha-Bedarf“
- voraussichtliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistung – „positive Reha-Prognose“ – Erfolg muss wahrscheinlich sein!
- für LTA ist der Bezugsberuf des Versicherten entscheidend
 - grundsätzlich letzte versicherungspflichtige Tätigkeit
 - wenn von gewisser Dauer
 - sonst Tätigkeit, die die letzten Jahre geprägt hat
 - außer Acht lassen von unüblichen Ausprägungen am Arbeitsplatz

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ziele

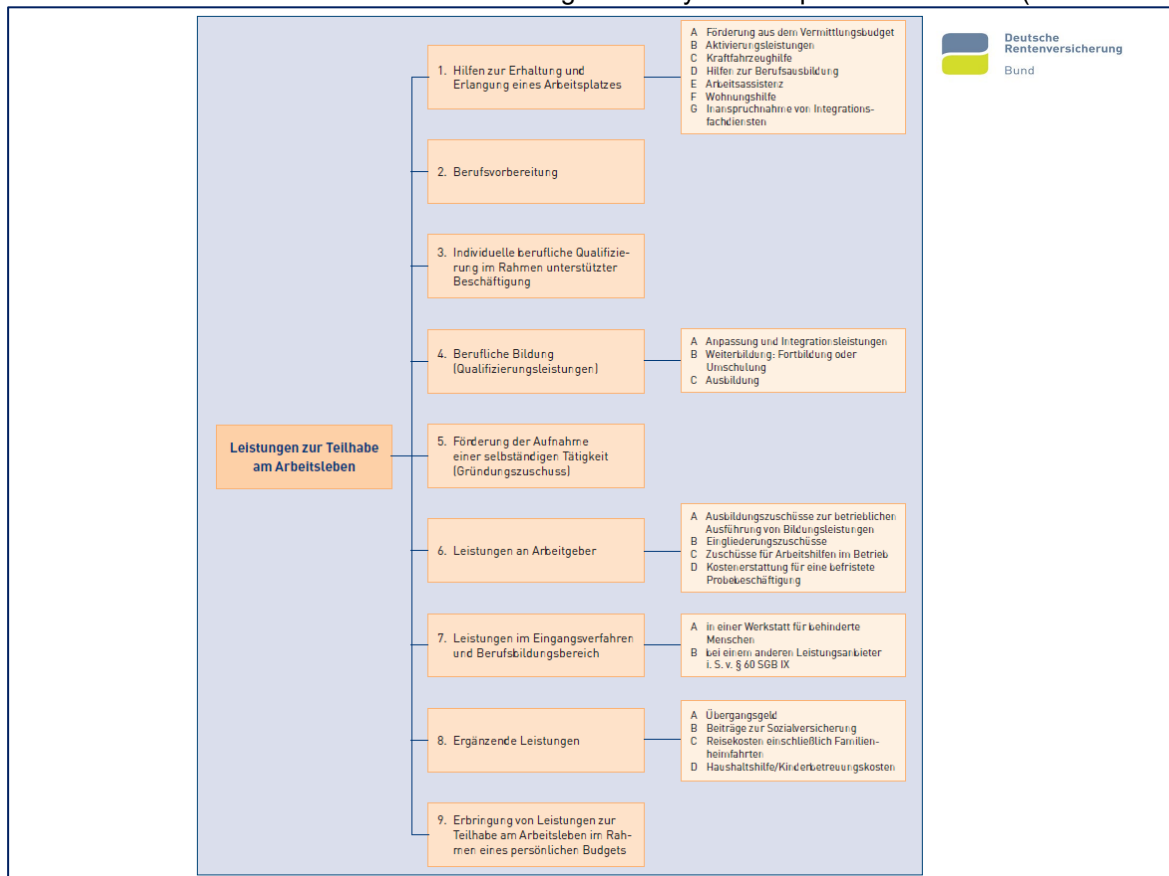
1. Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und
2. Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 116 Abs. 2 SGB VI – Umdeutung des Rehabilitationsantrages

Der Rehabilitationsantrag gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

1. ein Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist *oder*
2. die vorhergehende Rehabilitationsmaßnahme nicht erfolgreich war
 - grundsätzlich Antragstellung erforderlich
 - Amtsermittlungsgrundsatz
 - „Reha vor Rente“



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz**
 - technische Arbeitshilfen
 - Hilfsmittel zur Berufsausübung (Achtung: Rechtsänderung!!)
 - Kraftfahrzeughilfe
 - Wohnungshilfe
- **Eingliederungsmaßnahmen/Hilfen zur Arbeitsaufnahme**
 - Umzugskostenbeihilfe, Fahrkostenbeihilfe, Übergangsbemihilfe
 - Bewerbungskosten
 - Arbeitsplatzassistent
 - Reintegrationsmaßnahmen mit Betriebspraktika
 - betriebliche Trainingsmaßnahmen
 - Einschaltung Integrationsfachdienst
 - Leistungen an Arbeitgeber
 - Gründungszuschuss (für Aufnahme selbständiger Tätigkeit)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

• Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz

- Hilfsmittel zur Berufsausübung (Achtung: Rechtsänderung!!)
- → GRA zu § 49 Ziff. 17 SGB IX i.V.m. AGDR 3/2017

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines höhenverstellbaren Schreibtisches wird abgelehnt, weil der Arbeitgeber für die Versorgung zuständig ist.

Höhenverstellbare Schreibtische sind einer ergonomisch zeitgemäßen, den Wechsel zwischen stehender und sitzender Arbeitshaltung gewährleistenden Büroausstattung zuzurechnen. Hierfür -oder für die Schaffung alternativer Möglichkeiten zu einem Haltungswechsel- ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich.

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines orthopädischen Bürostuhles wird abgelehnt, da eine ergonomische Arbeitsplatzausstattung nach den gesetzlichen Vorschriften ausreichend ist.

Dies schließt eine Verpflichtung des Trägers der Rehabilitation aus.

Bitte wenden Sie sich daher an Ihren Arbeitgeber.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

• Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz

- Hilfsmittel zur Berufsausübung (Achtung: Rechtsänderung!!)
- → GRA zu § 49 Ziff. 17 SGB IX i.V.m. AGDR 3/2017

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines orthopädischen Fahrersitzes wird abgelehnt.

Ein handelsüblicher Fahrersitz entspricht -unabhängig von der Preisklasse- stets ergonomischen Anforderungen. Für die Ausstattung beruflich genutzter Kraftfahrzeuge mit solchen Fahrersitzen ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich.

Die Leistungsverpflichtung der Rentenversicherung besteht insoweit grundsätzlich nicht.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **Qualifizierungsmaßnahmen**
 - Weiterbildung (*betrieblich oder überbetrieblich*)
 - Fortbildung
 - kürzere Anpassungslehrgänge
- **ergänzende Leistungen**
 - Übergangsgeld
 - Reisekosten
 - Haushaltshilfe
- **Sonstiges**
 - Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
 - Werkstatt für behinderte Menschen
 - unterstützte Beschäftigung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 50 SGB IX Leistungen an Arbeitgeber

- **Ausbildungszuschüsse**
- **Eingliederungszuschüsse**
 - Regelfall 50 % bis 1 Jahr
 - Nachbeschäftigungsverpflichtung im Umfang der Förderdauer
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**
 - Umbauten wie Rampen, Lifte, behindertengerechte Toiletten
 - neben Hilfsmitteln nach § 49 SGB IX möglich
 - für konkreten Versicherten (*sonst Arbeitgeber + Integrationsamt*)
- **Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung**

2.3 Die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Kriterien für die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf den Teilzeitarbeitsmarkt im Rentenverfahren erläutern.

Begründung

Die Rentenversicherung prüft bei Rentenantragstellung die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt. In der medizinischen Rehabilitation muss im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung die quantitative Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt werden. Hierzu bedarf es der Kenntnis der Merkmale des allgemeinen Arbeitsmarktes in seiner aktuellen Rechtsauslegung.

Inhalt

- allgemeiner Arbeitsmarkt
 - Arbeitszeit: Verteilung, Pausen
 - Erreichbarkeit der Arbeit: Wegefähigkeit
 - Kontinuität: „gewisse Regelmäßigkeit“
- Teilzeitarbeitsmarkt
- Sonderfälle
- Prüfschritte des Bundessozialgerichts

Material

- Folien (siehe Seiten 93 - 100)

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion von Fragen der Teilnehmenden

Zeit circa 60 Minuten



Der allgemeine Arbeitsmarkt

- heute: seit der Reform der Erwerbsminderungsrente ab 01.01.2001 umfasst der allgemeine Arbeitsmarkt **jede nur denkbare Tätigkeit** des gesamten Arbeitsmarktes
- *früher: (bis 31.12.2000/altes Recht) nur geistig einfache und körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten*

Ausschluss/Negativabgrenzung

- Werkstätten für behinderte Menschen
- Schonarbeitsplätze, die nur betriebsinternen Mitarbeitern zugänglich sind*

* falls Versicherte nicht einen solchen Arbeitsplatz bereits innehaben und er ihrem Leistungsvermögen entspricht

Die üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt



- Arbeitszeit: Verteilung, Pausen
- Erreichbarkeit der Arbeit: Wegefähigkeit
- Kontinuität: „gewisse Regelmäßigkeit“



Arbeitszeit – Lage und Verteilung

Umfang der Pausen gemäß Arbeitszeitgesetz:

- nach 6 Stunden Arbeit 30 Minuten Pause und
- nach 9 Stunden Arbeit 45 Minuten Pause (Teilung möglich)

zusätzliche Pausen können je nach Gewerbe und Tarifvertrag verbindlich sein (Beispiele):

- Bandpause pro Stunde 5 Minuten extra (1973 als sog. „Steinkühler-Pause“ für die Fließbandarbeit in der baden-württembergischen Automobilindustrie eingeführt worden)
- Ablösung beim Abstich am Hochofen (Arbeitsschutz)



Arbeitszeit und Verteilzeit

- sachliche und persönliche Verteilzeit (nicht Bestandteil der Pause und der eigentlichen Arbeitszeit)
- **sachlich:** z. B. Computer hochfahren, Raum lüften usw.
- **persönlich:** z. B. den Urlaubsantrag ausfüllen, Bescheinigung im Personalbüro abgeben usw.
- im Bürobereich liegt der Anteil der Verteilzeit innerhalb eines Arbeitstages höher als im gewerblichen Bereich (dort nur ca. 5 %)
- **Aber:** Es besteht kein Rechtsanspruch auf Verteilzeit, da der Arbeitnehmer dem Direktionsrecht des Arbeitgebers unterliegt!
- Verteilzeit in der Regel ausreichend, z. B. für Blutzuckermessung, Insulin spritzen oder Einnahme einer kleinen Zwischenmahlzeit (Rechtsprechung) sowie Vornahme eines Haltungswechsels

Bildschirmpause

„Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass die Tätigkeiten der Beschäftigten an Bildschirmgeräten, insbesondere durch andere Tätigkeiten oder regelmäßige Erholungszeiten, unterbrochen werden.“

(Nr. 6.1 Abs. 2 im Anhang nach § 3 Abs. 1 Arbeitsstättenverordnung – ArbStättV - vom 12.08.2008 zuletzt geändert am 30.11.2016 BGBl. I Nr. 56 vom 02.12.2016 S. 2681 ff.; zugleich trat die Bildschirmarbeitsverordnung vom 04.12.1996 außer Kraft)

- 5 Minuten Bildschirmpause pro Stunde = nur Empfehlung
- keine „echte“ Pause gemäß Arbeitszeitgesetz
- Unterbrechung „insbesondere durch andere Tätigkeiten“
- Entlastung eigentlich nur für die Augen (nicht für die Hände) möglich
- Ausgestaltung, aber durch betriebliche und tarifvertragliche Regelungen, möglich

Arbeitszeit und Toilettengang

Vorhandensein von Toilettenräumen

Maßgeblich ist die **Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV** –

(vom 12.08.2008 zuletzt geändert am 30.11.2016 (BGBl. I Nr. 56 vom 02.12.2016 S. 2681 ff.)).

- Nr. 4 im Anhang nach § 3 Absatz 1: „Der Arbeitgeber hat Toilettenräume zur Verfügung zustellen... Sie müssen sich sowohl in der Nähe der Arbeitsräume als auch in der Nähe von Kantinen, Pausen- und Bereitschaftsräumen, Wasch- und Umkleieräumen befinden.“
- gilt nicht im Reisegewerbe und Marktverkehr, in Transportmitteln sowie auf Flächen der Land- und Forstwirtschaft (§ 1 Abs. 2)

Sozialmedizinische Fragestellung:

Überschreitet die Dauer und Frequenz der Toilettengänge während einer *Arbeitsschicht* den Umfang von Pause und Verteilzeit aus gesundheitlichen Gründen?

Einschränkungen zur Arbeitszeit

aus der Rechtsprechung des BSG



betriebsunüblich sind zusätzliche Arbeitspausen von:

- zweimalig 15 Minuten innerhalb von 2 Stunden
- dreimal 10 Minuten innerhalb von 2 Stunden oder
- halbstündigen Pausen alle 2 Stunden

Arbeitszeit und Sozialmedizin



- Mehr als 6 Stunden arbeitstäglich?
- Schichtarbeit (insbesondere Nacht- und Wechselschichten)?
- Bezieht sich die „Pause“ auf eine bestimmte Beanspruchung (z. B. Bildschirmarbeiten, Tastaturbedienung)?
- Sind die Pausen gemäß Arbeitszeitgesetz (und ggf. Verteilzeit) ausreichend?
- **Falls nicht: Dauer und Frequenz des zusätzlichen Pausenbedarf möglichst genau angeben und sozialmedizinisch begründen!**
- Sind sogar zusätzliche betriebsunübliche Pausen im Umfang von 2 x 15 min, mehr als 3 x 10 min oder 30 min alle 2 h erforderlich?



Wegefähigkeit

Der generalisierte Maßstab des Bundessozialgerichts:

(individuelle Gegebenheiten am Wohnort der Versicherten sind unbeachtlich)

- 4 x pro Tag mehr als 500 m in weniger als 20 min (2 x Benutzung ÖPNV)
- 500 m in 20 min reichen nicht aus
- Als Ausgleich ist die Nutzung verfügbarer Pkws (Führerschein, Autobesitz, Fahrgemeinschaft) zumutbar.



Einschränkungen der Wegefähigkeit

- Aus orthopädischen und/oder psychischen Gründen eingeschränkt?
 - Exakte Entfernungs- und Zeitangaben gemessen oder sozialmedizinische Expertenschätzung?
 - Wie kam der Versicherte zur Begutachtung in die Reha-Klinik und wieder zurück nach Hause?
 - Wie hat er sich dort fortbewegt?
 - Wurde Fahrtkostenerstattung beantragt, wenn ja welche?
- *Beruhet die Erwerbsminderung ausschließlich auf der eingeschränkten Wegefähigkeit wird dem/der Versicherten im Ablehnungsbescheid die Übernahme von Fahrtkosten zur Anbahnung und Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses konkret zugesichert!*

Kontinuität

- Zur Erwerbsfähigkeit gehört das Vermögen, einer Tätigkeit in „gewisser Regelmäßigkeit“ nachgehen zu können.
- Mindestanforderung ist nicht gegeben, wenn z. B. Zeiten der AU mehr als 26 Wochen im Jahr umfassen (werden).
- Es sollten auch schubweise verlaufende psychische Erkrankungen (Psychosen), regelmäßig auftretende Schwächephase (Autoimmunerkrankungen) oder ggf. Dialyse usw. beachtet werden.

Keine Benennungspflicht - der Regelfall

(1) Die abstrakte Betrachtungsweise

- Versicherte verfügen gemäß des sozialmedizinischen Leistungsbildes über ein Leistungsvermögen von arbeitstäglich 6 Stunden und mehr.
- Dieses Leistungsvermögen könnten sie auch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes einsetzen.
- Eine konkrete Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes muss deshalb **nicht** benannt werden - abstrakte Betrachtung ausreichend.
- Nur mit der Deklaration als Ausnahmefall wird in vielen Fällen versucht, dennoch den Rentenanspruch durchzusetzen.
- Wenige tatsächliche Ausnahmefälle verursachen mehr Bearbeitungsaufwand als viele Regelfälle mit richtigen Entscheidungen.

Exkurs: Der Teilzeitarbeitsmarkt



(2) Die konkrete Betrachtungsweise

- Bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden kommt es darauf an, ob Versicherte einen leistungsgerechten Teilzeitarbeitsplatz innehaben oder ob er ihnen angeboten werden kann (konkrete Prüfung).
- Steht kein passender Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung, besteht Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbminderung aufgrund des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes (sog. Arbeitsmarktrente).
- Betrachtungsweise ist nicht im Gesetz, sondern nur in der Gesetzesbegründung festgelegt und bezieht sich dabei auf die Rechtsprechung des BSG.
- Grund: Überdurchschnittlich leistungsgeminderte Bewerber (3 bis unter 6 Stunden) konkurrieren mit gesunden Bewerbern auf dem Teilzeitarbeitsmarkt.
- Rentenversicherung trägt das Vermittlungsrisiko auf dem Teilzeitarbeitsmarkt
- Konkrete Prüfungen in Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit führen kaum zu Vermittlung auf freie Teilzeitarbeitsplätze.
- aber hohe „Vermittlungsquote“ bei bestehenden Arbeitsverhältnissen

Sonderfälle



obwohl Leistungsvermögen von mehr als 6 Stunden besteht

- **schwere spezifische Leistungsbehinderung**
= Eine schwerwiegende Behinderung versperrt ein weites Feld von Beschäftigungsmöglichkeiten.
- **Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen**
= Eine Mehrzahl von Einschränkungen, die zwar jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, aber in ihrer Summe das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichen Umfang zusätzlich einengen können.

→ **Benennungspflicht!**

Es handelt sich hier um eine juristische Einschätzung, die anhand des sozialmedizinischen Leistungsbildes getroffen wird!

Summierung

Urteil des BSG vom 09.05.2012 – B 5 R 68/11 R



- Wenigstens **zwei** ungewöhnliche Leistungseinschränkungen werden als taugliche Summanden benötigt, um zur Feststellung zu gelangen, dass eine Summierung vorliegt.
- Das Zusammentreffen von mehreren **gewöhnlichen** Leistungseinschränkungen reicht dafür nicht aus.
- Kann immer nur am Einzelfall festgestellt werden, weil die denkbaren Kombinationsmöglichkeiten unüberschaubar sind und die Summanden **je nach Schweregrad, Anzahl und Wechselwirkung** unterschiedlich stark ausgeprägt sein können (abschließender Katalog nicht möglich).
- Würdigung des Einzelfalles nach dem Gesamtbild der Verhältnisse durch wertenden Ähnlichkeitsvergleich.
- Der gewisse Spielraum der Angemessenheit bzw. des Vertretbaren erfordert eine „vernünftige Handhabung dieses weiten Begriffs“.

Prüfschritte des BSG

aus dem Urteil vom 19.10.2011 – B 13 R 78/09 R



- Ist das Restleistungsvermögen noch ausreichend für folgende Tätigkeiten?
 - Zureichen
 - Abnehmen
 - Transportieren
 - Reinigen
 - Bedienen von Maschinen
 - Kleben
 - Sortieren
 - Verpacken
 - Zusammensetzen von Teilen usw.
- Falls ja: Benennung von Arbeitsfeldern reicht aus!
- Falls nein: bestehen „ernste Zweifel“ und es muss eine konkrete Verweisungstätigkeit benannt werden; ist dies nicht möglich, besteht Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung!

Wissen	Einstellung	Handlungskompetenz
--------	--------------------	---------------------------

2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ein persönliches Fazit zum Seminar ziehen, kennen Ziele und Inhalte des Moduls 2 "Psychotherapeutische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung" und die Hausaufgabe.

Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht den Teilnehmenden, die für ihn wichtigen Themen noch einmal zu reflektieren und hervorzuheben. Bisher unbeantwortete Fragenkomplexe können noch einmal thematisiert und ggf. abschließend diskutiert werden. Zum Abschluss soll ein Ausblick auf das zweite Modul des Curriculums gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich auf die Inhalte vorzubereiten, um zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen, Fallbeispiele oder auch strukturelle Fragen besser einbringen zu können.

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte des Moduls 1
- Ausblick auf das Modul 2
 - Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes
 - Fallarbeit mit Reha-Entlassungsberichten
 - Beschwerdenuvalidierung
 - Fähigkeitsdiagnostik/Mini-ICF-APP
 - Rollenverständnis: Gutachter und Therapeut
- Hausaufgabe: fünf Reha-Entlassungsberichte aus eigener Reha-Einrichtung lesen
 - Sind Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen befundet?
 - Sind die konkreten Anforderungen auf dem Arbeitsplatz beschrieben?
 - Ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung aus den vorliegenden Befunden schlüssig abgeleitet worden?
- schriftliches und mündliches Feedback zur Fortbildungsveranstaltung

Material

- Folien (siehe Seite 103 - 104)

Hinweise zur Durchführung

Der Moderator der beiden Seminareinheiten fasst die Inhalte und die Ziele von Modul 1 abschließend zusammen. Er gibt einen inhaltlichen und organisatorischen Ausblick auf das zweite Modul des Curriculums. Den Teilnehmenden kann angeboten werden, für Modul 2 eigene Reha-Entlassungsberichte zur Falldiskussion zur Verfügung zu stellen. Bei Interesse müssen vor dem Seminar die Refe-

renten kontaktiert werden. Die Entlassungsberichte werden anonymisiert und vielfältigt.

Wenn noch Zeit zur Verfügung steht, können Fragen des Kliniktransfers vertieft werden. Die Teilnehmenden können gemeinsam den Fragen „Was nehme ich von diesem Seminar für meinen klinischen Alltag mit?“, „Wo besteht in meiner Klinik/meiner Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf?“, „Wie kann ich ggf. die Fortbildungsinhalte meiner Berufsgruppe weitergeben?“, „Was benötige ich hierzu als Unterstützung?“ nachgehen.

Verteilen der Teilnahmebescheinigungen und der Evaluationsbögen

Zeit circa 45 Minuten



Hausaufgabe zu Modul 2

Bitte lesen Sie fünf Reha-Entlassungsberichte aus Ihrer Rehabilitationseinrichtung!

Fragestellungen

- Sind Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen befundet?
- Sind die konkreten Anforderungen auf dem Arbeitsplatz beschrieben?
- Ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung aus den vorliegenden Befunden schlüssig abgeleitet worden?



Hausaufgabe zu Modul 2

Angebot:

Leiten Sie uns vorab zum Modul 2 einen Entlassungsbericht aus Ihrer Reha-Einrichtung zu, den Sie gerne beispielhaft in anonymisierter Form im Modul 2 besprechend möchten.

Kliniktransfer

- Was nehmen Sie von diesem Seminar für Ihren klinischen Alltag mit?
- Wo besteht in Ihrer Klinik/Ihrer Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf?
- Wie können Sie die Schulung Ihrer Berufsgruppe durchführen?
- Was benötigen Sie ggf. als Unterstützung?
-

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation

Dezernat 8023

Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon: 030 865-82086, Fax: 030 865-82123

Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

E-Mail: fortbildungen-reha@drv-bund.de

3. Auflage 08/2022



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund