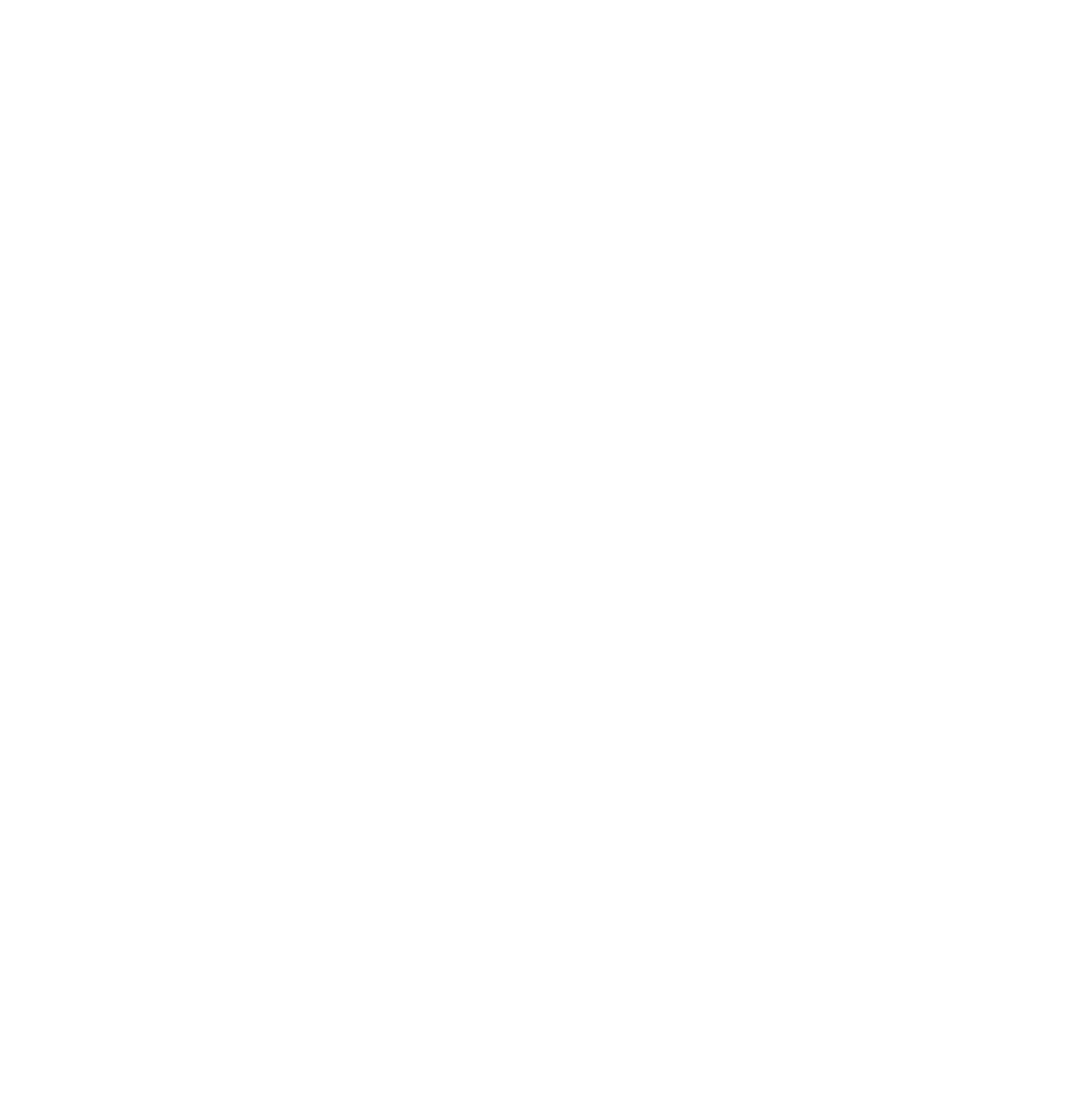


# Modul 2

## Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

→ 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“**

### **Autoren:**

Ulrike Worringen  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Ulf Kampczyk  
DRV Mitteldeutschland

Beate Muschalla  
Technische Universität Braunschweig

Axel Kobelt-Pönicke  
DRV Braunschweig-Hannover

### **Vorarbeiten:**

Claus Derra, Berlin

### **Redaktion:**

Ulrike Worringen, Antje Hoppe, Jana Oehme  
Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Modul 2: „Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“**

<b>VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „PSYCHOTHERAPEUTEN IN DER SOZIALMEDIZINISCHEN LEISTUNGSBEURTEILUNG“ .....</b>	<b>3</b>
<b>EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2 „PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“ .....</b>	<b>8</b>
<b>SEMINAREINHEIT 1 .....</b>	<b>10</b>
<b>SEMINAREINHEIT 2 .....</b>	<b>34</b>

## **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 jedoch 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 in diesen Indikationen, 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 Modulinhalte 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 die 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 Zahl der Teilnehmenden**,
- **Qualifikationsanforderungen** an die Referenten,
- **Zeitungsumfang** 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 „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“**

Die anderen therapeutischen 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 Pflegekräfte 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 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 1. Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten. 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

<b>VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „PSYCHOTHERAPEUTEN IN DER SOZIALMEDIZINISCHEN LEISTUNGSBEURTEILUNG“</b> .....	<b>3</b>
<b>EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2 „PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“</b> .....	<b>8</b>
<b>SEMINAREINHEIT 1</b> .....	<b>10</b>
1.1 Aufbau und Ziele des Seminars.....	12
1.2 Reflexion der eigenen Reha-Entlassungsberichte .....	14
1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht .....	16
1.4 Bearbeitung von Fallbeispielen.....	30
<b>SEMINAREINHEIT 2</b> .....	<b>34</b>
2.1 Beschwerdvalidierung .....	36
2.2 Fähigkeitsdiagnostik und das biopsychosoziale Modell der ICF .....	52
2.3 Rollenverständnis.....	66
2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3.....	73

## **Einführung in das Modul 2 „Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“**

Das Modul 2 „Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ des Curriculums „Psychotherapeuten in der sozialmedizinische Leistungsbeurteilung“ wird als berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte des zweiten Teils der Fortbildung 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. Die vorherige Teilnahme am Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen für Psychotherapeuten“ wird empfohlen.

Ziel im zweiten Modul ist es, dass die Psychotherapeuten die Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht aus der Perspektive der Rentenversicherung kennenlernen und praktisch anwenden. Sie werden mit Methoden der Beschwerdenvalidierung vertraut gemacht. Sie lernen die Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kennen und reflektieren ihr eigenes Rollenverständnis als Psychotherapeut und Gutachter.

### **Zeitliche und räumliche Organisation**

Das Modul 2 umfasst insgesamt 8 Zeitstunden. Dabei sind jeweils 4 Zeitstunden für jede Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pausenzeit 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. Eine sozialmedizinische Kompetenz der Referenten ist erforderlich. Es empfiehlt sich, einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder/und Facharzt für Psychosomatische Medizin als Referenten zu gewinnen. Alle Referenten sollen das klinische Setting der medizinischen Rehabilitation kennen. Mindestens ein Referent sollte über Moderationserfahrung verfügen und durch das Seminar leiten.

## **Didaktik**

Die Kompetenzvermittlung soll mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt werden. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, ggf. Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vorbereitung von Modul 2 wurden im Modul 1 Hausaufgaben aufgegeben. Den Teilnehmenden werden zu den Themen des Moduls 2 umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge bzw. das Manual, Broschüren und weiterführende Literatur zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Reha-Entlassungsberichten als Fallbeispiele 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 - 2017 das Konzept dieser Fortbildung mit Dr. Ulrike Worrigen entwickelt und in diesem Zeitraum die Seminare jedes Jahr für die Rentenversicherung durchgeführt. Ihm gilt unser besonderer Dank.

## **Modul 2: Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung**

### **Seminareinheit 1**

#### **Themen**

- Aufbau und Inhalte des Seminars
- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
- Falldiskussionen

#### **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 mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapeut mit sozialmedizinischer Kompetenz, dabei ein Vertreter des sozialmedizinischen Dienstes der Rentenversicherung

#### **Raumausstattung**

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

#### **Handouts**

- Seminarplan der Veranstaltung (LZ 1.1)
- Handzettel der Präsentationen (im Ausdruck 2 Folien pro Seite) oder das Manual zu diesem Modul
- Handouts (LZ 1.4)
  - anonymisierte Reha-Entlassungsberichte ohne sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (das heißt: ohne Blatt 1a und ggf. sozialmedizinische Einschätzung unter Punkt 4.3 von Blatt 2)
  - Blatt 1a und ggf. sozialmedizinische Einschätzung unter Punkt 4.3 von Blatt 2 der anonymisierten Reha-Entlassungsberichte
  - Blanco Blatt 1a des Reha-Entlassungsberichtes
  - Handout mit Qualitätskriterien
  - Aufgabenstellung für Kleingruppen

- Unterschriftenliste, inkl. Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung
- Broschüre zur Ansicht: (wurde im Modul 1 ggf. bereits ausgeteilt)  
DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: 01/2022.

### **Allgemeine Ziele der Seminareinheit**

Die Teilnehmenden können die Gliederung und Inhalte des Reha-Entlassungsberichtes erläutern. Sie erwerben einen Überblick über die gutachterlichen Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung aus der Perspektive der Rentenversicherung. Sie können dieses Wissen praktisch anwenden.

### **Hinweise**

Es wird empfohlen, den Seminarplan der Veranstaltung 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 der Teilnehmenden 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 ist beigelegt.

<b>Wissen</b>	<b>Einstellung</b>	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	--------------------

## 1.1 Aufbau und Ziele des Seminars

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalt und Ziele des Seminars "Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung" nennen und halten Rückschau auf Modul 1.

### Begründung

Für die Inhalte und Organisation des Seminars "Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung" 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. Der Fachaustausch soll ermöglicht werden. Der Austausch soll das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes stärken. Es wird eine kurze Rückschau auf Modul 1 gehalten, um in Erfahrung zu bringen, mit welchen Themen oder Fragestellungen aus Modul 1 sich die Teilnehmenden in den letzten Monaten auseinandergesetzt haben.

### 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
  - Rückblick auf Modul 1 (Was habe ich aus Modul 1 mitgenommen? Habe ich etwas im Klinikalltag verändert?)
  - Erwartungen, Bedürfnisse der Teilnehmenden

### Material

- Folien (siehe Seite 13)

### Hinweise zur Durchführung

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

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

**Zeit** circa 30 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 2 „Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“



### 1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Reflexion eigener Reha-Entlassungsberichte
- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
- Fallbeispiele

### 2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- Beschwerdvalidierung
- Fähigkeitsdiagnostik und ICF
- Rollenverständnis
- Umsetzung im Klinikalltag

## Blitzlicht

- persönliche Vorstellung: Name, berufliche Qualifikation, Reha-Einrichtung mit Indikation
- Wünsche an das Seminar
- Rückblick auf Modul 1



Wissen	<b>Einstellung</b>	Handlungskompetenz
--------	--------------------	--------------------

## 1.2 Reflexion der eigenen Reha-Entlassungsberichte

### Lehrziel

Die Teilnehmenden reflektieren ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Lesen der Reha-Entlassungsberichte ihrer Rehabilitationseinrichtung und können Fragestellungen und Diskussionspunkte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung formulieren.

### Begründung

Die Teilnehmenden sollen zur aktiven Gestaltung der Schulung motiviert werden. Die Hausaufgabe, die am Ende des Moduls 1 gestellt wurde, eröffnete den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich auf die Inhalte des Moduls 2 vorzubereiten. Sie sollen eigene klinische Erfahrungen und Fragen in das Seminar einbringen. Die Referenten erhalten einen Überblick über die Bedürfnisse der Teilnehmenden und aktuelle Vorgehensweisen in den Rehabilitationseinrichtungen. Es soll deutlich werden, dass die Diskussion und Bearbeitung von individuellen Fragestellungen und möglicher Problemlagen im Seminarverlauf Berücksichtigung findet.

### Inhalt

- Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden aus der Hausaufgabe des Moduls 1, fünf Reha-Entlassungsberichte aus der eigenen Rehabilitationseinrichtung zu 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?

### Material

- Folie (siehe Seite 15)

### Hinweise zur Durchführung

Moderation

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

**Zeit** circa 30 Minuten

### Anmerkung

Es wird Rehabilitationseinrichtungen geben, in denen die Berufsgruppe der Psychotherapeuten fast den gesamten Reha-Entlassungsbericht selber schreibt. In anderen Einrichtungen sind die Psychotherapeuten nur an ausgewählten Passagen des Reha-Entlassungsberichtes beteiligt.



## **Hausaufgabe zu Modul 2**

---

**Bitte lesen Sie fünf 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?

<b>Wissen</b>	<b>Einstellung</b>	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	--------------------

### 1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht

#### Lehrziel

Die Teilnehmenden können Aufbau, Inhalte und Qualitätskriterien des Reha-Entlassungsberichtes erläutern.

#### Begründung

Die Teilnehmenden lernen den Aufbau sowie die von der Deutschen Rentenversicherung geforderten Inhalte eines Reha-Entlassungsberichtes kennen. Die Teilnehmenden können nachvollziehen, welche fachspezifischen Informationen für die Erstellung eines Reha-Entlassungsberichtes und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung notwendig sind. Sie werden befähigt, die Qualität eines Reha-Entlassungsberichtes zu bewerten. Diese Fähigkeit bildet die Grundlage für die Bearbeitung des nachfolgenden Lehrziels.

#### Inhalt

- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
  - Zielgruppe des Reha-Entlassungsberichtes
  - Gutachtenfunktion
- Aufbau und Inhalte des Reha-Entlassungsberichtes
  - Blatt 1, Blatt 1a, Blatt 1b, Blatt 2
  - Ableitung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

#### Material

- Folien (siehe Seiten 17 - 29)
- Ansichtsexemplar: DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin: 01/2022.

#### Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

**Zeit** circa 60 Minuten

#### Anmerkung

Dem Beitrag liegt folgende Broschüre der DRV Bund zugrunde:

DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin: 01/2022.

Teilnehmenden, die an Modul 1 teilgenommen haben, wurde die Broschüre als persönliches Exemplar ausgehändigt.

## Reha-Entlassungsbericht Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

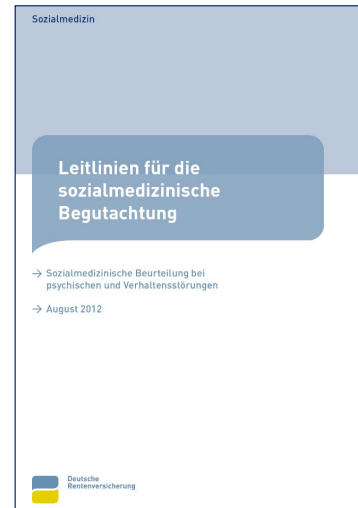


- menschlich
- Kriterien
- Leitlinien

### Hilfsmittel Leitlinien

- Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung

[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

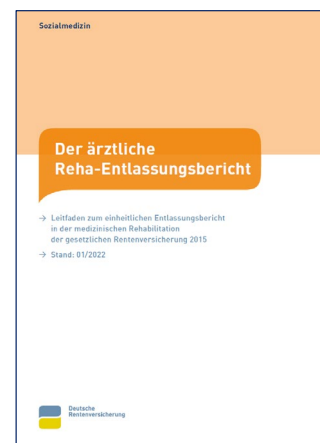


## Reha-Entlassungsbericht Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung



### Die Rahmenanforderung

**Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht**  
Leitfaden zum einheitlichen  
Entlassungsbericht in der medizinischen  
Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung



## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### Die Praxis – allgemeines

- viele gute Erfahrungen
- viele gegenseitig hilfreiche Gespräche und Telefonate
- ausbaufähiges Kennenlernen der beiderseitigen Gegebenheiten

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### allgemeines

#### Wer geht mit Reha-Entlassungsberichten um?

- Reha-Kliniker und Rehabilitanden
- Verwaltungen und sozialmedizinischer Dienst der Sozialversicherungsträger
- Sozialgerichte
- behandelnde Ärzte
- Versicherungen

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### allgemeines

- ICF-Bezug
- Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung
- KTL, RTS, Peer Review
- Spezifik von Fachgebieten (z. B. Psychosomatik, Sucht)
- Rehabilitanden (erwerbsfähige Versicherte, Kinder, Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits- und Altersrentner)

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### allgemeines

Der Reha-Entlassungsbericht hat eine  
**Gutachtenfunktion!**

Deutsche Rentenversicherung  
Bund

## Reha-Entlassungsbericht Blatt 1

The image shows the 'Reha-Entlassungsbericht Blatt 1' form from the Deutsche Rentenversicherung Bund. It is a structured document for medical discharge reports. Callouts in blue boxes point to the following sections:

- Versichertendaten:** Patient's name, date of birth, and insurance details.
- Aufnahme- und Entlassungsdatum:** Admission and discharge dates.
- Diagnosen, ICD-Schlüssel, Diagnosen-Sicherheit:** ICD-10-GM diagnosis codes and their certainty.
- Empfehlungen an weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen:** Recommendations for further treatment by other medical professionals.
- Empfehlungen an Rentenversicherung:** Recommendations regarding the patient's insurance status.
- besondere Behandlungsform:** Special treatment forms used during the stay.
- Behandlungsergebnis:** The result of the treatment.
- Entlassungsform:** The type of discharge (e.g., home, nursing home, etc.).
- Arbeitsfähigkeit/AU-Zeiten:** Information on the patient's ability to work and sick leave periods.
- Empfehlungen an Patienten:** Recommendations given to the patient.

Deutsche Rentenversicherung  
Bund

## Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a

The image shows the 'Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a' form, which focuses on social medical performance assessment and crisis. Callouts in blue boxes point to the following sections:

- Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen:** Qualitative assessment of positive performance capabilities.
- Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen:** Qualitative assessment of negative performance capabilities.
- Sozialmedizinische Epikrise:** A summary of the social medical crisis and its justification.
- Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit:** Quantitative assessment of the last socially insured activity.
- Quantitative Leistungsbeurteilung – allgemeiner Arbeitsmarkt:** Quantitative assessment of the general labor market.

## Reha-Entlassungsbericht Blatt 1b

The image shows a form titled 'Reha-Entlassungsbericht Blatt 1b' from the Deutsche Rentenversicherung Bund. The form is for an 'Ärztlicher Entlassungsbericht' (Medical Discharge Report) and includes a table for recording 'Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen' (Performance data: performed therapeutic services). The table has columns for 'KTL - Code' (ICD-10 codes), 'Dauer' (Duration), and 'Anzahl' (Quantity). Callouts point to these columns and a large callout points to the entire table area.

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen		KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

## Reha-Entlassungsbericht Blatt 2 ff.

### Gliederung

1. Anamnese
2. sozialmedizinische Anamnese
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
4. Reha-Prozess und -Ergebnis
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### IV Der „Arztbericht“ Blatt 2 („Freitext“)

#### **WICHTIG:**

- durchgehende Plausibilität
- das rein „medizinische“ ist gesetzt
- wenn es um etwas geht – investieren in gute Erläuterungen und Begründungen

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



#### IV Der „Arztbericht“ Blatt 2 („Freitext“)

#### allgemeine und klinische Anamnese

- jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen
- **„üblicher Tagesablauf“**
- ADL! (Activities of Daily Living)
- Suchtproblematik!
- Unfälle!
- gegenwärtige Therapie



## 1. Anamnese

---

### 1.1 jetzige Beschwerden

*(zum Beispiel rasche Ermüdbarkeit und anschwellen des linken Armes, Probleme im rechten Knie beim Treppab gehen, Ruheschmerz in den Handgelenken, ...)*

### 1.2 bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

### 1.3 weitere reha-relevante Erkrankungen

*(zum Beispiel Diabetes, Adipositas, Depression)*

### 1.4 biographische Anamnese

### 1.5 vegetative Anamnese *(zum Beispiel Schlafstörungen)*



## 2. Sozialmedizinische Anamnese

---

### 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

### 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

### 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe



## **2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren**

---

Kontextfaktoren, die fallbezogen eine positive oder negative Auswirkung haben:

- soziale Situation (*soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld*)
- Freizeitverhalten
- Risikoverhalten (*zum Beispiel Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung, mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben*)



## **2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren**

---

sorgfältige Arbeitsplatzbeschreibung

- ermöglicht im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung den Abgleich der Fähigkeiten der Rehabilitanden mit dem jeweiligen Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit/des Arbeitsplatzes

## 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

---



subjektive Wahrnehmung der gesundheitlichen Beeinträchtigung in Bezug auf Arbeits- und Alltagsbewältigung

- Was konkret fällt aus Sicht des Rehabilitanden schwer?
- Liegen psychosoziale oder emotionale Belastungen vor?

## Beispiele für Aktivitätseinschränkungen

---



- Beeinträchtigung der Mobilität  
(*sitzen, stehen, gehen, heben, tragen ...*)
- Beeinträchtigung beim Lernen, der Wissensanwendung, der Kommunikation, der Konversation und Diskussion  
(*lesen und schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen,...*)
- Beeinträchtigung bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen  
(*Tagesablauf gestalten, Übernahme von Einzel- oder Mehrfachaufgaben u. a.*)



## Beispiele für Teilhabe Einschränkungen

---

- Beeinträchtigung der Bewältigung des **häuslichen Lebens** (*einkaufen, putzen, kochen...*)
- Beeinträchtigung der adäquaten Gestaltung **interpersoneller Interaktionen und Beziehungen** (*Familie, Freunde, Kollegen, formelle/intime Beziehungen*)
- Beeinträchtigung der Teilhabe am **sozialen und staatsbürgerlichen Leben** (*Restaurantbesuch, Beteiligung am Vereinsleben u. a.*)
- Beeinträchtigung der Teilhabe am **Arbeitsleben**



## 3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

---

3.1 Allgemeiner körperlicher Befund, indikationsunabhängig

3.2 Allgemeiner psychischer Befund

3.3 fachspezifischer Befund (*indikationsspezifisch*)

3.4 Diagnostik

- mit Ausrichtung auf reha-spezifische Ziele und Fragestellungen
- Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten sowie deren Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen
- Validierung anamnestisch erhobener Angaben zur Beeinträchtigung der Fähigkeiten (*zum Beispiel Ausdauer, häusliche Selbstversorgung, (fein-)motorische Fähigkeiten*)



## 4. Reha-Prozess und –Ergebnis

---

### 4.1 individuelle Reha-Ziele

*(zum Beispiel eine Distanz von 2 km in raschem Gehen zurücklegen können, den Nackengriff wieder ausführen können)*

- wichtiges Stichwort: **Patientenpartizipation**

### 4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

- auch Anpassung Reha-Ziele, Motivation und Kooperation
- wichtiges Stichwort: **Erwerbsbezug**

### 4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

- Ergebnisse klinischer Messwerte im Vergleich zum Aufnahmebefund, Bewertung der Veränderungen, auch Veränderung bei Einstellung, Motivation, Lebensstil, Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Erreichung des Therapiezieles

## 5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

---



- Weiterbehandlung im akutmedizinischen Sektor
- Reha-Nachsorge: z. B. IRENA, Reha-Sport
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Selbsthilfe
- sonstige Empfehlungen

Ankreuzfelder können im Freifeldtext kurz erläutert werden, sonst auch ausführlich unter 5. am Ende des Berichtes

## Reha-Entlassungsbericht

### Sicht des Sozialmediziners der Rentenversicherung

---



IV der „Arztbericht“ Blatt 2 („Freitext“)

vgl. Blatt 1 a sozialmedizinische Epikrise

**Ausführliche und schlüssige Begründungen vor allem bei eingeschätzter anhaltender zeitlicher Leistungsminderung notwendig!**

## Fazit Leistungsbeurteilung

---



- höchste Priorität hinsichtlich des Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt: bei Minderung ausführliche Diskussion und Begründung erforderlich
- schlüssige Herleitung eines realistischen positiven und negativen Leistungsbildes mit klaren und praktikablen Aussagen
- kritische Gegenüberstellung des positiven und negativen Leistungsbildes zu den (genau beschriebenen!) Anforderungen der Bezugstätigkeit
- der Blick über den eigenen „Tellerrand“: ganzheitliche Betrachtung und entsprechende Berücksichtigung im Leistungsbild, soweit die eigene Kompetenz das verantwortlich ermöglicht
- gutachterlich formulieren: direkte vs. indirekte Rede



## Fazit Reha-Entlassungsbericht

---

- Vollständigkeit
- Schlüssigkeit
- Darstellung der Probleme mit schwierigen Rehabilitanden
- Botschaften zwischen den Zeilen
- Recht auf Akteneinsicht im „Hinterkopf“
- große Sensibilität gegenüber psychosozialen Fragestellungen und Suchtproblemen

Wissen	Einstellung	<b>Handlungskompetenz</b>
--------	-------------	---------------------------

## 1.4 Bearbeitung von Fallbeispielen

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Güte eines Reha-Entlassungsberichtes bewerten und aus den Befunden eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ableiten.

### Begründung

Die Teilnehmenden sollen ihr Wissen in Bezug auf den Reha-Entlassungsbericht und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nun praktisch anwenden. An einem klinischen Beispiel sollen sie die Güte eines Reha-Entlassungsberichtes einschätzen sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ableiten. Unklarheiten und Missverständnisse können hinterfragt und geklärt werden. Der fachliche Austausch mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe als auch die Erweiterung der eigenen Perspektive durch den Austausch mit den Vertretern der Rentenversicherung fördert das Verständnis für die Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht und die aus ihm abgeleitete sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

### Inhalt

- Bewertung der Güte eines Reha-Entlassungsberichtes
- Ableitung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus einem Reha-Entlassungsbericht

### Material

- Folien (siehe Seiten 32 - 33)
- anonymisierte Reha-Entlassungsberichte ohne Blatt 1a und ggf. Punkt 4.3 von Blatt 2
- sozialmedizinische Leistungsbeurteilung der anonymisierten Reha-Entlassungsberichte (Blatt 1a und ggf. Pkt. 4.3 von Blatt 2)
- Blanco Blatt 1a
- Handout mit Qualitätskriterien
- Aufgabenstellung für Kleingruppen

### Hinweise zur Durchführung

Moderation, Diskussion, Kleingruppenarbeit (4 - 5 Teilnehmende pro Gruppe)

Die Teilnehmenden bekommen einen anonymisierten Reha-Entlassungsbericht und leiten aus den vorliegenden Informationen eine sozialmedizinische Leistungs-

beurteilung ab (hierzu kann das Blanco Blatt 1a genutzt werden), die sie anschließend im Plenum vorstellen. Sie sollen zudem ergänzen, welche Informationen ihnen ggf. im Reha-Entlassungsbericht fehlen, um zu einer abschließenden Leistungsbeurteilung kommen zu können. Anschließend wird allen Teilnehmenden die dem Entlassungsbericht zuvor entnommene sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (Blatt 1a und ggf. Pkt. 4.3 von Blatt 2) ausgegeben. Fragen und ggf. unterschiedliche Einschätzungen werden im Plenum diskutiert.

Es sollten Reha-Entlassungsberichte aus beiden Indikationen (Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) zur Verfügung gestellt werden. Die Kleingruppen können einen Reha-Entlassungsbericht wählen. Die Zusammensetzung der Kleingruppen kann indikationsbezogen erfolgen.

Es sollten etwa 45 Minuten für die Kleingruppenarbeit eingeplant werden.

Die Qualitätskriterien (Handout und Folie) können bei der Kleingruppenarbeit oder auch im Plenum die Diskussion zur Güte des Reha-Entlassungsberichtes unterstützen.

**Zeit** circa 120 Minuten

### **Anmerkung**

Die Teilnehmenden können auch eigene Fälle bzw. Reha-Entlassungsberichte in die Kleingruppenarbeit einbringen. Diese müssen jedoch vorab (1 - 2 Monate vor dem Seminar) den Referenten zur Verfügung gestellt werden, damit sie anonymisiert und vervielfältigt werden können. Auch hier muss die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung von dem übrigen Reha-Entlassungsbericht getrennt werden.

## Kleingruppenarbeit (45 Minuten)

### Aufgabe

- Lesen Sie den E-Bericht.
- Diskutieren Sie die Güte der Befundung.
- Können Sie aus dem E-Bericht eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ableiten?
- Formulieren Sie die Leistungsbeurteilung und/oder geben Sie an, welche Informationen Ihnen fehlen.
- Stellen Sie Ihre Ergebnisse und Fragen anschließend in der Großgruppe vor.



## Formale, sprachliche, methodische Qualität

- 1. formale Qualität insgesamt:** Einhaltung formaler Standards, Übersichtlichkeit des Aufbaus bzw. der Gliederung, Transparenz der Darstellung, Trennung von Befund und Bewertung
- 2. sprachliche Qualität insgesamt:** Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, angemessene Verwendung der einschlägigen Terminologie
- 3. methodische Qualität insgesamt:** Einhaltung methodischer Standards, Auswahl und Anwendung der gebotenen Methoden



## **Befundbewertung und Leistungsbeurteilung**

---

- 1. Qualität der Befunderhebung und -darstellung:** Vollständigkeit der Erhebung, Transparenz und Anschaulichkeit der Wiedergabe
- 2. Qualität der Befundbewertung im Hinblick auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung:** argumentative Ausgewogenheit und Klarheit unter Einhaltung methodischer Standards und Berücksichtigung ggf. vorhandener empirischer Erkenntnisse
- 3. Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung:** Nachvollziehbarkeit, Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Argumentation

## **Modul 2: Psychotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung**

### **Seminareinheit 2**

#### **Themen**

- Beschwerdvalidierung
- Fähigkeitsdiagnostik und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Mini-ICF-APP
- Rollenverständnis in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

#### **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 mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychotherapeut mit sozialmedizinischer Kompetenz

#### **Raumausstattung**

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

#### **Handouts**

- Handzettel der Präsentationen (im Ausdruck 2 Folien pro Seite), wenn nicht das Manual zu diesem Modul ausgeteilt wurde
- Arbeitsmaterialien:
  - Aufgabenstellung für Kleingruppen (LZ 2.3)
- Fachbücher, Forschungsberichte und Leitlinien zur Ansicht:  
Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Springer, 7. Auflage, 2011.

- Merten, T. Beschwerdvalidierung. Göttingen, Hogrefe, 2014.
- Proyer, R. T., Ortner, T. M. Praxis der psychologischen Gutachtenerstellung. Bern, 2010.
- Radoschewski, F. M., Höhne, S., Michel, A. Abschlussbericht SoLeR-Projekt. 2013. Unveröffentlicht.
- SK2-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. AWMF- Registernr. 051/029 (online Zugriff 03.11.2022: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>)
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Huber, 2015.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., Ostholt-Corsten, M. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Huber, 2015.
- Broschüren zur Ansicht:
    - DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. update 2018. Berlin: 2018.
    - DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Begutachtung bei Abhängigkeitserkrankungen. Berlin: 2018.
  - Broschüren zum Mitnehmen:
    - DRV Bund (Hrsg.). Exploration mittels Mini-ICF. Berlin: 2018.
  - Artikel zum Mitnehmen:
    - Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung: ein aktueller Überblick. Rehabilitation, 51, 342-348.

## Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der zweiten Seminareinheit haben die Teilnehmenden ihr Wissen über die Methoden der Beschwerdvalidierung vertieft und einen Überblick über die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und seine praktische Anwendung in der Erfassung von Fähigkeitsstörungen im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erworben. Sie haben diesbezügliche Fragen aus der eigenen Praxis mit Vertretern der Rentenversicherung klären können. Die Informationen zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der therapeutischen und gutachterlichen Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, fördern den lösungsorientiert gestalteten Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden.

## 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 ergeben.

<b>Wissen</b>	Einstellung	Handlungskompetenz
---------------	-------------	--------------------

## 2.1 Beschwerdvalidierung

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Ziele, Inhalte und Umsetzung der Beschwerdvalidierung in der medizinischen Rehabilitation benennen.

### Begründung

Eine wichtige Aufgabe bei der Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist die Klärung der Frage, ob und inwieweit die vom Rehabilitanden geklagten Beschwerden und Funktionseinschränkungen tatsächlich bestehen. Der Nachweis negativer und positiver Antwortverzerrungen muss nachvollziehbar und mit möglichst vielen Faktoren bzw. Kriterien begründet sein. Das Wissen zu möglichen negativen Antwortverzerrungen der Rehabilitanden im Klinikalltag und die Möglichkeiten diese zu validieren, sensibilisiert die Teilnehmenden für diese Thematik und fördert ihre Handlungssicherheit.

### Inhalt

- Beschwerdvalidierung
- negative und positive Antwortverzerrungen
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit
- Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

### Material

- Folien (siehe Seiten 38 – 51)
- Überblicksartikel: Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2012). Beschwerdvalidierung: ein aktueller Überblick. Rehabilitation, 51, 342-348.

### Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik Beschwerdvalidierung sollen einbezogen werden. Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit zum Beispiel Rehabilitanden, die aggravieren oder simulieren, fragen. Wie wird im Rehabilitationsalltag mit solchen Rehabilitanden umgegangen? Welche Verhaltensbeobachtungen im Reha-Alltag können zur Beschwerdvalidierung beitragen?

**Zeit** circa 60 Minuten

## **Anmerkung**

Auf weiterführende Literatur verweisen.

Hintergrundinformationen zu diesem Lehrziel finden sich in:

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin, Springer, 7. Auflage, 2011.

DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen. August 2012 incl. update 2018. Berlin: 2018.

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

Merten, T. Beschwerdenuvalidierung. Göttingen, Hogrefe, 2014.

Proyer, R. T., Ortner, T. M. Praxis der psychologischen Gutachtenerstellung. Bern, 2010.

Radoschewski, F. M., Höhne, S., Michel, A. Abschlussbericht SoLeR-Projekt. 2013. Unveröffentlicht.

SK2-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. AWMF- Registernr. 051/029 (online Zugriff 03.11.2022: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>).



## Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

---

- gutachterliche Aufgabe im Auftrag der Solidargemeinschaft
- fürsorgliche Aufgabe, bei existenziellen Weichenstellungen für Rehabilitanden beraten und mitwirken



## Beschwerdenuvalidierung

---

### Definition

- **Überprüfung der Authentizität oder Glaubhaftigkeit**
  - der durch eine Person dargestellten Symptome
  - der durch sie geschilderten Beschwerden
  - und
  - der Ergebnisse, die diese Person in einer Leistungsüberprüfung erzielt

## Beschwerdenuvalidierung

### Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

#### Verdeutlichung

- minder schwere Ausgestaltung oder Überhöhung in der Beschwerdenschilderung oder Symptompräsentation

#### Aggravation

- zielbestimmte Beschwerdenübertreibung und/oder –ausweitung
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

#### Simulation

- absichtliche, an einem Ziel ausgerichtete Vortäuschung von Symptomen oder fälschliche Schilderung von Beschwerden

## Beschwerdenuvalidierung

### Positive Antwortverzerrungen in der Begutachtung

#### Dissimulation

- zielbestimmte Beschwerdenuntertreibung und/oder Überspielen von Beschwerden
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind



## Differenzierung zwischen Aggravation/ Simulation und psychischen Störungen (Merten 2012)

- **Somatoforme und Konversionsstörungen**

- Psychische Störungen, in deren Mittelpunkt körperliche Beschwerden stehen, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Eine Aggravation oder Simulation muss für die Diagnosestellung ausgeschlossen werden.

- **Artifizielle Störung/selbstmanipulierte Störung**

- Zielgerichtete Vortäuschung oder Erzeugung von Symptomen oder Krankheiten mit einem primären Krankheitsgewinn; werden ebenfalls als psychische Störung aufgefasst.

Tab. 27.2 Entscheidungsgrundlage

Entscheidung	Präsentation nicht-authentischer Symptome	Motivation
Simulation/Aggravation	Bewusst	Bewusst
Artifizielle Störung	Bewusst	Unbewusst
Somatoforme und Konversionsstörungen	Unbewusst	Unbewusst

Merten in:





## Sonstige Faktoren negativer Antwortverzerrung

- **Persönlichkeitsstörungen**, die zu eingeschränkter Anstrengungsbereitschaft, falschen Angaben oder anderem unkooperativem Verhalten führen
- **Psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne** oder psychopathologische Phänomene, die mit eingeschränkter Mitwirkung verbunden oder in deren Rahmen Motivationsprozesse selbst betroffen sind
- **Situationsbedingte Faktoren**, die zu unkooperativem Verhalten führen



## Beschwerdenuvalidierung

### Motivationslage des Rehabilitanden

- **überwinden der Symptomatik**
  - Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, gesellschaftlicher Abstieg

*oder*
- **verharren in der Krankheit**
  - gesellschaftliche Akzeptanz, soziale Sicherung, Rente



## Beschwerdengültigkeit

### Motivationslage des Rehabilitanden

#### Rehabilitand im Dilemma

1. er möchte seine tatsächlichen oder vermeintlichen Leistungseinschränkungen gutachterlich anerkannt bekommen
2. wird von ihm erwartet, dass er in der Untersuchungssituation seine maximale Leistungsfähigkeit schildert und zeigt



## Beschwerdengültigkeit

### Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

- ist häufig auf der Beobachtungsebene nicht zu klären
- wenn die Klärung offen bleibt, dann sind verschiedene Hypothesen gleichberechtigt zu diskutieren
- sollte unter Bezug auf die objektiven Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung in gutachterlichen Äußerungen ausdrücklich dargestellt werden, um nicht den Eindruck von Entscheidungssicherheit zu vermitteln, wo diese keineswegs vorliegt



## Beschwerdenuvalidierung

### Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

#### Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (1)

- Diskrepanz zwischen **Beschwerdenschilderung** (*einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen*) und **körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung** in der Untersuchungssituation.
- Wechselhafte und **unpräzise-ausweichende Schilderung** der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes.
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und **fremdanamnestischen Informationen** (*einschließlich Aktenlage*).
- Fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden.

Quelle: AWMF-Leitlinie.2019



## Beschwerdenuvalidierung

### Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

#### Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (2)

- Diskrepanz zwischen geschilderten **Funktionsbeeinträchtigungen** und zu eruiierenden **Aktivitäten des täglichen Lebens**.
- Fehlen **angemessener Therapiemaßnahmen** und/oder Eigenaktivitäten zur Symptomlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden.
- Fehlende sachliche Diskussion **möglicher Verweistätigkeiten** bei Begutachtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit.

Quelle: AWMF-Leitlinie.2019



## Beschwerdengültigkeit

### Berufliche Leistungsfähigkeit

#### Verweistätigkeiten mit geringer körperlicher Beanspruchung

- Überwachung Tiefgarage, Parkhaus
- Lagerist für Autozubehör, Werkzeugausgabe
- Berater in Baumarkt
- Rezeption in Hotel oder Kurklinik, Nachtportier
- Hausmeister Schule, Fußballclub, Appartementhaus
- Botendienst eilige Arzneimittel (Führerschein!)
- Verkäufer Tankstelle, Tabakladen, Zeitschriftenkiosk
- Telefonvermittlung in Firma
- Museumsaufsicht



## Untersuchung von Produktionshelfertätigkeiten (1)

Auf Grund der vorhandenen beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und gesundheitlichen Leistungseinschränkungen vermag ich keine Tätigkeiten der Facharbeiter- und Anlernenebene zu benennen, die dem Kläger zuzumuten sind. **Der Kläger kann jedoch einfache Produktionshelfertätigkeiten verrichten.**

Diese Tätigkeiten sind in vielen Branchen und bei unterschiedlichen Produkten anzutreffen, zum Teil auch bei Firmen, die sich auf derartige Arbeiten im Kundenauftrag spezialisiert haben. Die körperliche Belastung ist abhängig von den zu verrichtenden Detailaufgaben.

In nennenswerter Zahl sind z. B. in der Metall-, Elektro- oder Kunststoffindustrie sowie im Spielwaren- oder Hobbybereich Tätigkeiten vorhanden, die nur „leicht“ belasten und bei denen wirbelsäulen- oder gelenkbelastende Körperhaltungen nicht vorkommen. Auch das Arbeitstempo wird nicht durch Maschinen oder Anlagen vorgegeben und der Lohn wird nicht nach Akkordrichtsätzen errechnet. Als Einzelaufgaben werden Waren beklebt, eingehüllt, gezählt, sortiert; es werden Abziehbilder, Warenzeichen oder Etiketten angebracht. Es wird in Papp-, Holzschachteln oder sonstige Behältnisse eingepackt; diese werden verschlossen und es werden Hinweise oder Kennzeichnungen angebracht.

Quelle: LSG Thüringen 2016



## Untersuchung von Produktionshelfertätigkeiten (2)

### 2.2 Lohngruppe 1

Einfache Arbeiten, die ohne jegliche Ausbildung nach einer Unterweisungszeit von in der Regel 3 Tagen ausgeführt werden können.

Beispiele:

- einfache Arbeiten an eingerichteten Maschinen, in der Serien- und Massenfertigung, bei Benutzung von besonderen arbeitserleichternden Einrichtungen
- Kabel, Leitungen und Drähte nach Arbeitsvorschrift und mit Hilfsvorrichtungen
- Justieren von Relais nach Arbeitsvorschrift und mit Hilfsvorrichtungen
- einfache Lager-, Transport- oder Versandarbeiten
- einfaches Montieren von Einzelteilen zu einer Baugruppe
- einfache Hilfsarbeiten wie z. B. Werkzeug und Material zureichen oder Haltearbeiten beim Schweißen
- einfaches Prüfen und Messen unter Anleitung, Beschicken von automatischen Prüf- und Messeinrichtungen
- einfaches Lötten von nach Farben geordneten Drahtenden oder Verzinnen von Lötösen
- einfaches Wickeln oder Isolieren in der Serien- oder Massenfertigung

Quelle: LSG Thüringen 2016



## Beschwerdenuvalidierung

### Willentliche Steuerbarkeit

### Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (*z. B. Beruf, Haushalt*), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (*z. B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen*)
- trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten - beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (*z. B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen*)

Quelle: AWMF-Leitlinie 2019



## Beschwerdenuvalidierung

### Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

#### 1. Gesprächsführung

- wertfreies empathisches Erfragen anamnestischer Angaben
- Details eruieren, Bericht ausbauen lassen
- konsequentes Nachfragen bei Inkonsistenzen



## Beschwerdenuvalidierung

### Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

#### 2. Verhaltensbeobachtung

- während Exploration, körperlicher Untersuchung, psychologischer Testung
- Dauer der Untersuchung und Belastbarkeit über die Zeit
- mehrzeitiges Untersuchen, mehrere Untersucher

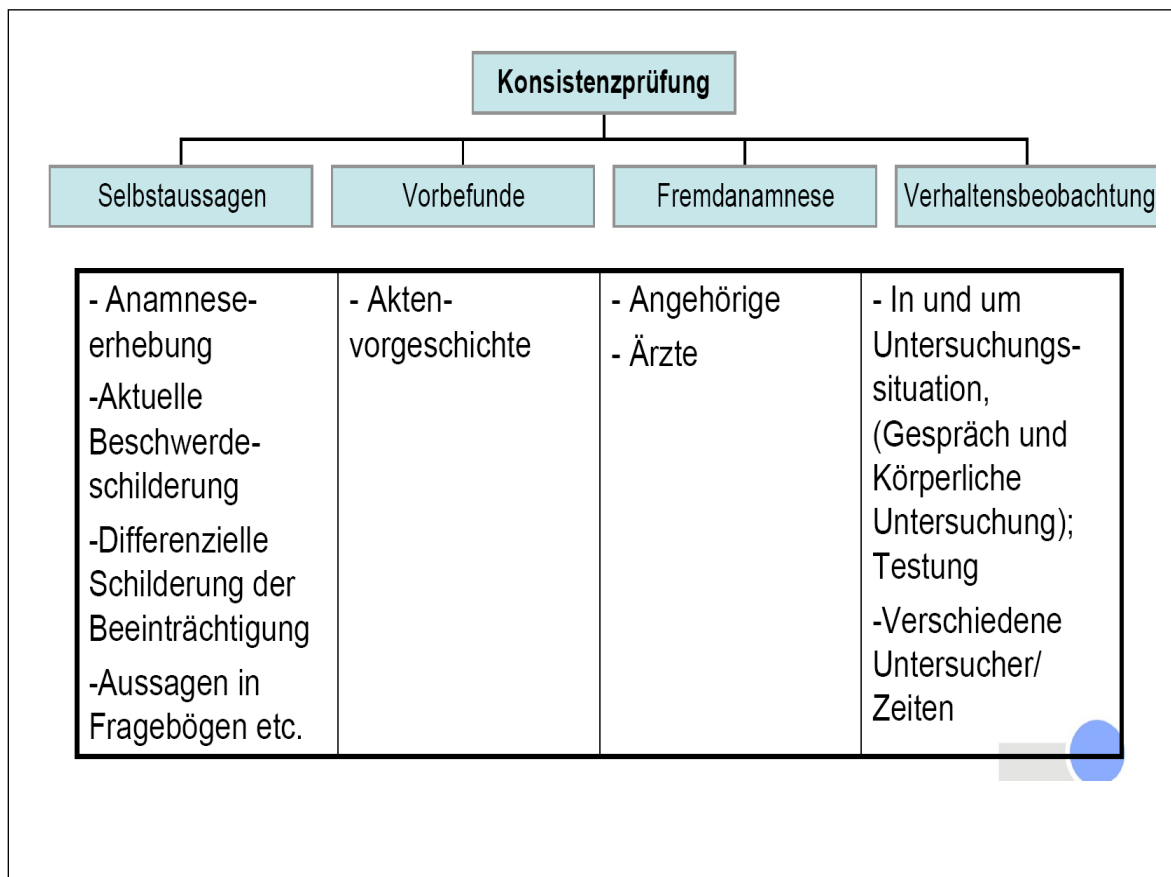


## Beschwerdvalidierung

### Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

#### 3. weitere Möglichkeiten

- Symptomtagebuch
- Fremdanamnese
- testpsychologische Untersuchungen
- Symptomvalidierungstests
- ICF-Fragenkatalog
- Bestimmung von Medikamentenspiegeln



## Slick-Kriterien zur Diagnostik negativer Antwortverzerrungen



(aus: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung DRV 2012, Seite 44)

Wenn sich aus klinischem Befund und Gesamteindruck Hinweise auf das Vorliegen negativer Antwortverzerrungen, etwa im Rahmen einer Aggravation (siehe auch 5.6) im Hinblick auf neurokognitive Beeinträchtigungen ergeben haben, können **die von Slick et al. (1999) entwickelten Kriterien** dem Gutachter eine gewisse diagnostische Unterstützung bieten:

- A Präsenz eines substanziellen externalen Anreizes (zum Beispiel Erhalt einer Erwerbsminderungsrente)
- B Evidenz aus der neuropsychologischen Testung
  - B1 Eindeutige negative Antworttendenz (Werte schlechter als Zufallswahrscheinlichkeit im Alternativwahlverfahren)
  - B2 Wahrscheinliche negative Antworttendenz (Auffälligkeiten in einem Validierungsverfahren)
  - B3 Widersprüche zwischen Testresultaten und Erkenntnissen über Gehirnfunktionen
  - B4 Widersprüche zwischen Testresultaten und beobachtetem Verhalten
  - B5 Widersprüche zwischen Testresultaten und Fremdanamnese
  - B6 Widersprüche zwischen Testresultaten und Vorgeschichte
- C Evidenz aus der Beschwerdenschilderung (Inkonsistenzen)
  - C1 Eigene Angaben widersprechen der Vorgeschichte
  - C2 Eigene Angaben widersprechen den Erkenntnissen über Gehirnfunktionen
  - C3 Eigene Angaben widersprechen dem beobachteten Verhalten
  - C4 Eigene Angaben widersprechen der Fremdanamnese
  - C5 Hinweise auf Vortäuschung psychischer Funktionsstörungen (z. B. Auffälligkeiten in den Validitätsskalen des MMPI-2)
- D Verhaltensweisen, die die notwendigen Kriterien B und C erfüllen, sind nicht vollständig durch psychopathologische, neurologische oder entwicklungsbedingte Faktoren erklärbar.

## Beschwerdendvalidierung



- **neuropsychologische Beschwerdendvalidierungstests**, um ein suboptimales Leistungsverhalten und eine negative Antwortverzerrung festzustellen
- keine Unterscheidung zwischen bewusster Simulation bzw. Aggravation und unbewusst hervorgebrachten Symptomen wie z. B. somatoforme Störungen oder artifizielle Störungen
- immer **nur ein Mosaikstein in der klinischen Gesamtbeurteilung**

## Beschwerdenvvalidierungstests (Merten 2011)

- Ffiteen-Item-Test von Rey
  - Test of Memory Malinger (TOMM)
  - Word Memory Test (WMT)
  - Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest
  - strukturierter Fragebogen simulierter Symptome (SFSS)
- > Der Einsatz von BVT erfordert eine gute Qualifizierung, um tatsächlich zu validen Aussagen zu kommen.

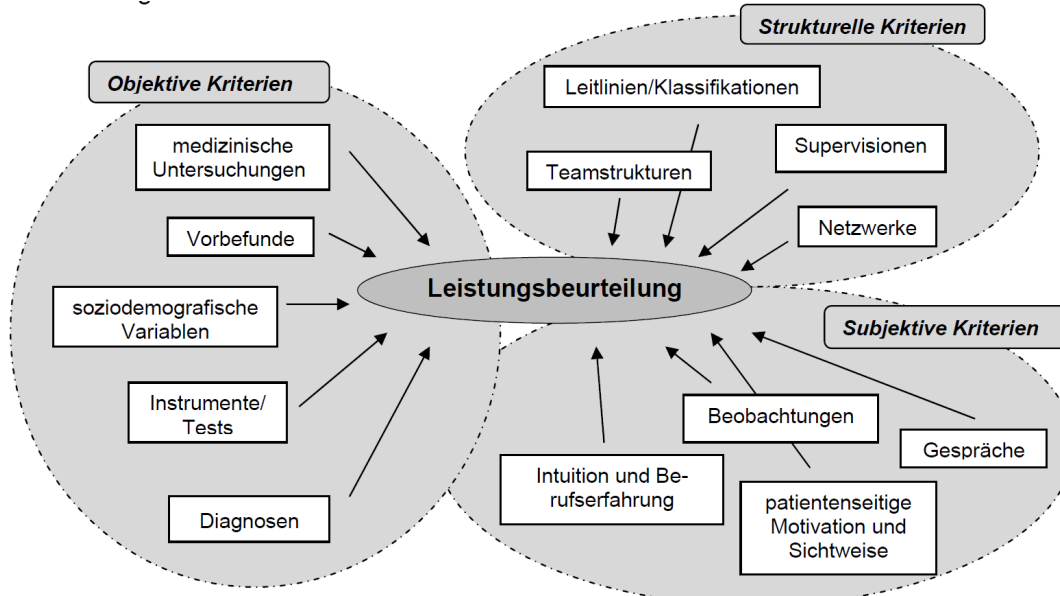


## Konsistenzprüfung

### Faktoren zur Ermittlung der Leistungsbeurteilung

- SoLeR-Projekt: Studie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von Rehabilitanden mit ungünstiger subjektiver Prognose in der Arzt-Patienten Interaktion
- Ergebnisse von Experteninterviews
  - 4 Psychologen, 12 Ärzte
  - Berufserfahrung von mindestens 8 Jahren
  - arbeiten seit durchschnittlich 13 Jahren in der Rehabilitation

## Faktoren zur Ermittlung der Leistungsbeurteilung



Quelle: Radoschewski, F.M., Höhne, S., Michel, A. (2013).  
Abschlussbericht SoLeR-Projekt.

## Vorteile des Teams für die Leistungsbeurteilung

- Informationsgewinn
- differenzierte Aussagen
- validere Aussagen
- Beschwerdvalidierung
- Konsistenzprüfung
- interne Supervision
- Korrektur der eigenen Sichtweise, Doppelrolle wird verteilt
- Aufwertung der einzelnen Berufsgruppen
- .....



## **Was sollten die Teilnehmer des Reha-Teams sozialmedizinisch wissen?**

---

- sozialmedizinische Grundbegriffe
- sozialmedizinisch relevante Bereiche in der Rehabilitation
- Leitlinien und Literatur, Internetrecherchen
- sozialmedizinische Beurteilung einzelner Störungen
- Bedeutung der Komorbidität
- Untersucherreaktion und Rollenverhalten
- Fähigkeiten und Teilhabe: ICF/Mini-ICF-P
- Konsistenzprüfung
- Diagnostik und Erstellen von Leistungsbeurteilungen
- Integration des psychologischen Beitrages in das Reha-Team

<b>Wissen</b>	<b>Einstellung</b>	Handlungskompetenz
---------------	--------------------	--------------------

## 2.2 Fähigkeitsdiagnostik und das biopsychosoziale Modell der ICF

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der ICF und seine Anwendung im Rehabilitationsalltag erläutern.

### Begründung

Im Jahr 2001 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verabschiedet. Damit verbunden geht ein Paradigmenwechsel einher. Die Therapie orientiert sich nicht mehr rein an den Krankheiten, sondern bezieht Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, insbesondere der Aktivitäten und der Teilhabe explizit mit ein. Sie beeinflusst damit die Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, zum Beispiel bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen. Die ICF fördert mit der Verwendung des biopsychosozialen Modelles der funktionalen Gesundheit die Einbeziehung der individuell wichtigen Kontextfaktoren in den Prozess der Rehabilitation und damit auch in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Die Teilnehmenden lernen die ICF als gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit kennen, um damit auch die Kommunikation im Reha-Team zu verbessern.

### Inhalt

- Definition der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- biopsychosoziales Modell der ICF
- Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen
  - Mini-ICF-APP (Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., 2015)

### Material

- Folien (siehe Seiten 53 - 65)
- zur Ansicht:
  - Manual zum Mini-ICF-APP
- zum Mitnehmen:
  - DRV Bund (Hrsg.). Exploration mittels Mini-ICF. Berlin: 2018.

## Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

**Zeit** circa 60 Minuten

## Anmerkung

Dem Lehrziel liegen folgende Fachliteratur und Materialien zugrunde:

DRV Bund (Hrsg.). Exploration mittels Mini-ICF. Berlin: 2018.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Göttingen: Huber, 2015a.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., Ostholt-Corsten, M. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Huber, 2015b.

## Krankheit und Krankheitsfolgen

Symptome der  
Krankheit

Beeinträch-  
tigungen der  
Leistungsfähig-  
keit

Einschränkungen  
in der Ausführung  
von Aktivitäten

Einschränkungen  
im alltäglichen  
Leben



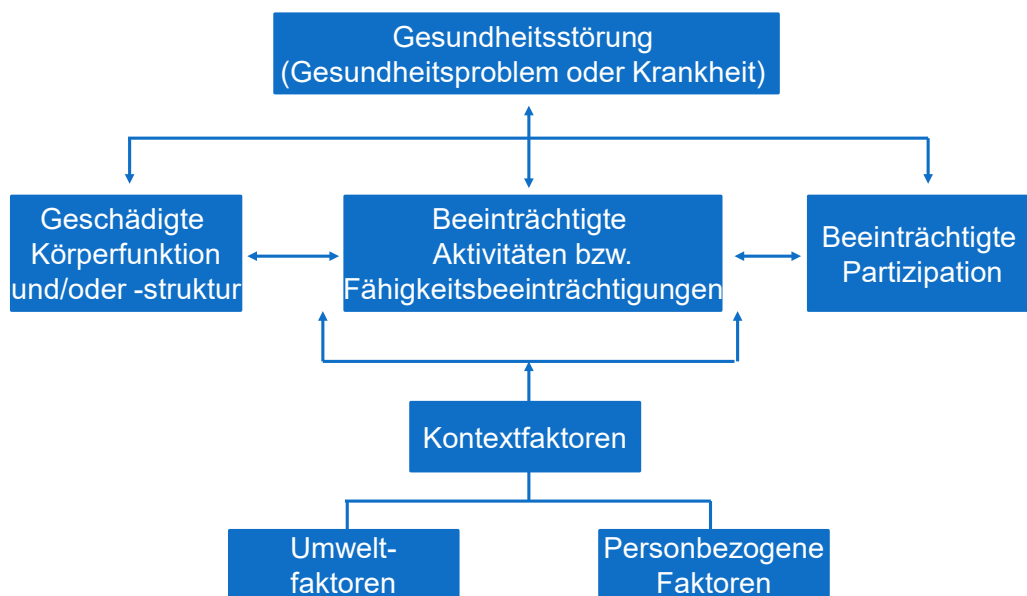
## Krankheitsdefinition: ICD + ICF

Symptome

Körperfunktionen und -strukturen  
Aktivitäten und Partizipation  
Kontextfaktoren



## Die „Bio-psycho-soziale“ Denke der ICF



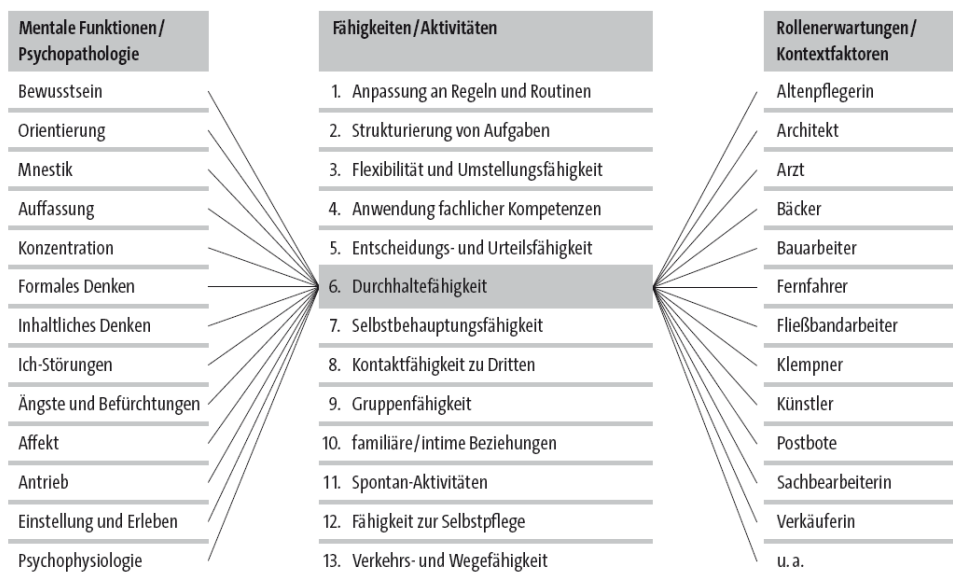
# ICF – Kontextfaktoren: Umweltfaktoren

## Kapitel 3: Unterstützung und Beziehung

### **e320 Freunde**

Personen, die sich nahe stehen und deren kontinuierliche Bekanntschaft durch Vertrauen und gegenseitige Unterstützung gekennzeichnet ist

## Nutzen der ICF ?



## Psycho-Relevante Fähigkeiten

1. Therapiezielplanung und Behandlung auf Fähigkeitenebene
2. **Fähigkeitsbeurteilung** (z. B. Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung, bei beruflicher Wiedereingliederung, Beantragung sozialer Hilfen)

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Name, Vorname des Versicherten  
geb. am  
Klassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status  
Betriebsstellen-Nr. Arb-Nr. Datum  
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse  
Bei verspäteter Anfrage durch Krankengeldanspruch  
 Erstbescheinigung  Folgebescheinigung  
 Arbeitsunfähig, Arbeitsunfähigkeits- / Folgen, Berufsunfähigkeit  dem Durchgangsarzt zugewiesen  
arbeitsunfähig seit  
voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich  
festgestellt am  
Stempelquartier / Unterschrift des Arztes

## Psycho-Relevante Fähigkeiten für die klinische Praxis: Mini-ICF-APP

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Kompetenz- und Wissensanwendung
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Proaktivität und Spontanaktivitäten
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
8. Selbstbehauptungsfähigkeit
9. Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten
10. Gruppenfähigkeit
11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen
12. Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung
13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit



Was kann jemand (vs. Was hat jemand für Symptome)?

# Psycho-Relevante Fähigkeiten Anwendungsfelder

1. Therapiezielplanung und Behandlung auf Fähigkeitenebene
2. Fähigkeitsbeurteilung (z. B. Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung, bei beruflicher Wiedereingliederung, Beantragung sozialer Hilfen)

The image shows a form titled 'Arbeitsfähigkeitsbescheinigung' (Certificate of Fitness for Work). It includes fields for patient information (Name, Vorname, Geburtsdatum), insurance details (Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Adr.-Nr., Datum), and checkboxes for 'Erstbescheinigung' (initial) and 'Folgebeseinigung' (follow-up). It also has a section for 'arbeitsfähig seit' (fit for work since) and 'voraussichtlich arbeitsfähig bis einschließlich' (presumably fit for work until) with corresponding date grids. A note on the left states 'Bei verspäteter Vorlage erhebt Krankengeldanspruch!' (In case of late submission, a claim for sick pay arises!). A box on the right says 'Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse' (Issuance for submission to the health insurance). The form number '1' is in the top right corner.

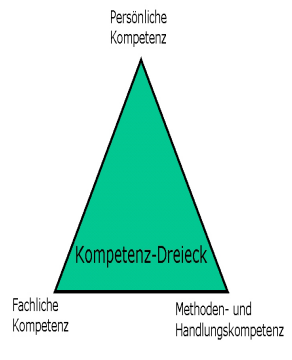
## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Anpassung an Regeln und Routinen	Frau K kommt vormittags zu spät zur wöchentlichen Teambesprechung, da sie nach Wecker-Ausschalten im Bett liegen bleibt und im Grübeln hängenbleibt.	Stimuluskontrolle: Wecker 3 Meter neben das Bett stellen, Hinweiszettel am Wecker: „Nicht denken, einfach machen -> duschen gehen, anziehen, rausgehen“.

<h2 style="text-align: center;">Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)</h2>		
Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Planung und Strukturierung von Aufgaben	Aufgrund seiner Konzentrationsstörungen schafft Herr S nicht, seine To-Do-Liste für die Woche zu erstellen.	Zeitmanagementtraining, Teilziele festlegen und Aufteilung einer großen Aufgabe auf mehrere kleine.

<h2 style="text-align: center;">Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)</h2>		
Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	Herr B ist antriebsgemindert und fühlt sich überfordert, als seine Frau ihm einen Besuch seiner Schwiegermutter morgen Nachmittag ankündigt.	Exposition in sensu, Durchspielen der Besuchssituation und was ggf. auch Erfreuliches dabei passieren könnte.

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
		
Kompetenz- und Wissensanwendung	Frau M weiß, dass es wichtig ist, dass sie als Stewardess andauernd freundlich lächelt. Sie kann es aber nicht, weil sie noch in einem starren Affekt hängt.	Arbeitsunfähigkeitsattest, solange ihre Schwingungsfähigkeit noch nicht wiederhergestellt ist.

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Anpassung an Regeln und Routinen	Frau K kommt vormittags zu spät zur wöchentlichen Teambesprechung, da sie nach Wecker-Ausschalten im Bett liegen bleibt und im Grübeln hängenbleibt.	Stimuluskontrolle: Wecker 3 Meter neben das Bett stellen, Hinweiszettel am Wecker: „Nicht denken, einfach machen -> duschen gehen, anziehen, rausgehen“.
Planung und Strukturierung von Aufgaben	Aufgrund seiner Konzentrationsstörungen schafft Herr S nicht, seine To-Do-Liste für die Woche zu erstellen.	Zeitmanagementtraining, Teilzeile festlegen und Aufteilung einer großen Aufgabe auf mehrere kleine.
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	Herr B ist antriebsgemindert und fühlt sich überfordert, als seine Frau ihm einen Besuch seiner Schwiegermutter morgen Nachmittag ankündigt.	Exposition in sensu, Durchspielen der Besuchssituation und was ggf. auch Erfreuliches dabei passieren könnte.
Kompetenz- und Wissensanwendung	Frau M weiß, dass es wichtig ist, dass sie als Stewardess andauernd freundlich lächelt. Sie kann es aber nicht, weil sie noch in einem starren Affekt hängt.	Arbeitsunfähigkeitsattest, solange ihre Schwingungsfähigkeit noch nicht wiederhergestellt ist.

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	Die Schauspielerin Frau L hat trübe Gedanken, dass sie sowieso nicht gut genug ist für die neue Rolle – sie will die Rolle absagen.	Kognitive Umstrukturierung, Einüben alternativer Gedanken
Proaktivität und Spontanaktivitäten	Herr O kann sich nicht aufraffen und bleibt zu Hause auf dem Sofa, obwohl er weiß, dass sich seine Skatkumpels heute treffen und wahrscheinlich schon auf ihn warten.	Aktivitätenplanung und Tagesstruktur aufbauen
Widerstands- und Durchhaltefähigkeit	Herr N ist schnell erschöpfbar und benötigt daher öfter als sonst Pausen bei seiner Arbeit. Es fällt ihm leichter am Nachmittag und Abend zu arbeiten.	Arbeitsplatzanpassung: Verlagerung der Arbeitszeit und vorübergehende Toleranz, dass der Kollege vorübergehend etwas öfters Pausen benötigt.

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Selbstbehauptungs-fähigkeit	Frau P fühlt sich unsicher und an den meisten aktuellen Missständen selbst schuld. Sie traut sich nicht zu in einem Elektroladen „ihr Recht durchzusetzen“ und ein kaputtes Radio umzutauschen.	Soziales Kompetenztraining, speziell Assertivnesstraining, Recht durchsetzen
Kontaktfähigkeit	Herr A kann seiner Tätigkeit als Vertreter gerade nicht nachgehen. Es ist für ihn eine Überforderung, Menschen anzusprechen, und Sympathie werbend und spritzig für die Produkte Reklame zu machen.	Soziales Kompetenztraining, speziell Small-Talk
Gruppenfähigkeit	Frau I hat noch ein negativ verzerrtes Selbstbild und meint sie sei nicht kompetent genug. Sie sagt in der Arbeitsgruppe lieber nichts, um nicht als dumm aufzufallen.	Soziales Kompetenztraining in der Gruppe
Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen	Herr T berichtet, dass sich seine Frau um ihn sorgt, weil er nicht mal mehr mit ihr abends gerne auf dem Sofa beieinander sitzen möchte.	Paargespräch

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

Fähigkeit	Beeinträchtigung	Was tun?
Selbstpflege und Selbstversorgung	Frau X muss sich richtiggehend aufraffen, sich im Supermarkt frisches Obst und Gemüse auszusuchen und nicht wieder einfach nur die Dosensuppe zu greifen.	„Genuss-Therapie“
Mobilität und Verkehrsfähigkeit	Herr B kann sich nicht gut konzentrieren. Er lässt daher seinen Sohn die Fahrtroute für den Wochenendausflug zusammenstellen und erlaubt ihm sogar, das neue Auto selbst zu fahren.	Konzentrationstraining und Begutachtung der Fahrtauglichkeit (CAVE: ggf. Nebenwirkungen von Medikation)

## Psycho-Relevante Fähigkeiten (Mini-ICF-APP)

1. Therapiezielplanung und Behandlung auf Fähigkeitenebene
2. **Fähigkeitsbeurteilung** (z. B. Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung, bei beruflicher Wiedereingliederung, Beantragung sozialer Hilfen)

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Kassen-Nr.  Versicherungs-Nr.  Status

Betriebsstellen-Nr.  Arzt-Nr.  Datum

**Arbeitsfähigkeitsbescheinigung 1**  
Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Erstbescheinigung  Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei vorübergehender Vorlage droht Krankengeldverlust

arbeitsfähig seit

voraussichtlich arbeitsfähig bis einschließlich

festgestellt am

Unterschrift des Arztes

## Festlegung der Standardumwelt und Beurteilungsreferenz

Kontext	Was soll beurteilt werden
1) Konkreter Arbeitsplatz	Arbeitsfähigkeit
2) Berufsfeld	Berufsfähigkeit
3) Hotel	Erwerbsfähigkeit
4) Restaurant	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§55, SGB IX)
5) Individueller Lebenskontext	Krankheitsfolgen
6) Therapeutische Situation	Therapieplanung und -verlauf

## Mini-ICF-APP - Beeinträchtigungsstufen

### 0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband entspricht den **Normerwartungen bzgl. seiner Referenzgruppe**.

### 1: leicht ausgeprägte Beeinträchtigung:

Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus **keine wesentlichen negativen Konsequenzen**.

### 2: mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung:

Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme die beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten auszuüben. Dies hat **negative Auswirkungen bzw. negative Konsequenzen für den Probanden oder andere**. Konkret bedeutet dies, dass der Proband Ärger mit Kollegen oder Vorgesetzten, Freunden oder Familienmitgliedern bekommt. Der Hintergrund bzw. die Ursache des Ärgers ist hier konkret zu benennen.

### 3: erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung:

Der Proband ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt **teilweise Unterstützung von Dritten**. Konkret bedeutet dies, dass jemand anderes (Kollegen, Vorgesetzte, Freunde, Nachbarn, Familienmitglieder) einschreitet, der/die zu benennen ist.

### 4: voll ausgeprägte Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Der Proband **muss weitgehend entpflichtet werden**.

## Kasuistik einer Agoraphobie

### Befund

#### **Diagnose**

Agoraphobie mit Panik (F40.04 gemäß ICD-10)

#### **Psychischer Befund**

- Seit einem Angstanfall in einer engen Röhre vor 30 Jahren klaustrophobische Ängste, z. B. in Aufzügen, die er deshalb soweit möglich vermeidet.
- Seit 1 Jahr zunehmende Angstausbreitung auf Läden, öffentliche Verkehrsmittel, volle Straßen.
- Aktuell geht der Patient nach Möglichkeit nicht mehr aus dem Haus, er bevorzugt Abendzeiten ohne Menschengewimmel, fährt Auto nur in verkehrsarmen Zeiten, lässt andere für sich einkaufen.
- Beim Vorschlag, in der nächsten Stunde mit der U-Bahn in die Stadtmitte zu fahren, verspannt sich der Patient sichtbar, wird erregt und wehrt diesen Vorschlag vehement ab.

## Kasuistik einer Agoraphobie

### Berufsstatus

**Außendienstmitarbeiter eines Arzneimittelherstellers:** Der Patient besucht im Außendienst Ärzte und bespricht mit ihnen Neuentwicklungen des Herstellers. Gelegentlich wird auch die Anwesenheit bei sozialen Veranstaltungen (z. B. bei Fortbildungsveranstaltungen) erforderlich.

**Verwaltungsangestellter in einem viergeschossigen Bürogebäude:** Der Patient bearbeitet Akten in einem Einzelbüro.

**Verwaltungsmitarbeiter im Autohaus der Familie:** Wohnung und Betrieb befinden sich in demselben Gebäude. Der Patient arbeitet in einem Büro und bearbeitet Abrechnungen am Computer.

**Allgemeiner Arbeitsmarkt:** Arbeitssuchende können in alle möglichen Tätigkeitsfelder vermittelt werden, die unterschiedliche Aufgabengebiete und Rollenanforderungen beinhalten können.

## Kasuistik einer leichten depressiven Episode Befund

### **Diagnose**

leichte depressive Episode,  
ICD-10: F 32.0

### **Psychischer Befund**

Die 47-jährige Patientin wirkt in der Stimmung mäßiggradig gedrückt mit leicht reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit. Antrieb, Konzentration und Selbstbewusstsein sind leicht reduziert. Ansonsten besteht ein unauffälliger psychopathologischer Befund.

## Kasuistik einer leichten depressiven Episode Berufsstatus

### **Krankenschwester in einem Blutspendedienst**

Ihre Aufgabe ist es, Patienten aus dem Warteraum in die Kabinen zu führen und Blut abzunehmen.

### **Krankenschwester in einem häuslichen Pflegedienst**

Sie muss alleine mit dem Auto von Haus zu Haus fahren und dort gebrechliche Menschen waschen und pflegerisch versorgen. Dazu wird ihr ein genauer Einsatzplan von der Pflegedienstleitung vorgegeben.

### **Krankenschwester in einem psychiatrischen Team**

Zu ihrer Tätigkeit gehören die üblichen Aufgaben einer Krankenschwester im Stationsdienst wie Kurvenführung, Durchführung medizinischer Maßnahmen (z. B. Blut abnehmen, Verbände anlegen) usw. Des Weiteren muss sie Gruppensitzungen mit Patienten durchführen. Sie muss psychisch kranke Patienten ansprechen, aktivieren und überwachen.

## Kasuistik einer leichten depressiven Episode Berufsstatus

### **Allgemeiner Arbeitsmarkt**

Arbeitssuchende können in alle möglichen Tätigkeitsfelder vermittelt werden, die unterschiedliche Aufgabengebiete und Rollenanforderungen beinhalten können und die keine speziellen Kenntnisse verlangen.

## Allgemeiner Arbeitsmarkt - Hotelbetrieb

Stufe	Tätigkeit
1	Kofferträger
2	Gartenarbeiter
3	Küchenpersonal
4	Zimmermädchen
5	Empfangsdame
6	Technikerin
7	Eventmanager
8	Buchhalter
9	Chefsekretär
10	Hotelmanagerin

Wissen	<b>Einstellung</b>	<b>Handlungskompetenz</b>
--------	--------------------	---------------------------

## 2.3 Rollenverständnis

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Unterschiede zwischen der Therapeuten- und der Gutachterrolle im Rehabilitationsprozess erläutern und Ansätze zum Umgang mit diesen beiden Rollen benennen.

### Begründung

Im Rehabilitationsprozess sind die Psychotherapeuten auf der einen Seite als Behandler für die individuelle Therapieplanung und Therapiedurchführung und auf der anderen Seite als Gutachter tätig, der die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden unterstützt. In der Rolle des Therapeuten arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame Ziel, die psychische Situation positiv zu beeinflussen. In der Rolle des Gutachters muss der Therapeut die vom Rehabilitanden geäußerten Fähigkeitseinschränkungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erwerbsleben beurteilen und ohne die Berücksichtigung der Präferenzen des Rehabilitanden bewerten. In diesem Spannungsfeld können beide Rollen kollidieren. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, eigene Erfahrungen und Auswirkungen auf ihr therapeutisches Arbeiten zu reflektieren. Die erarbeiteten Ansätze zu einem verbesserten Umgang mit solchen Situationen im Rehabilitationsalltag erhöhen die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

### Inhalt

- Rollenverständnis – Konflikt zwischen Therapeuten- und Gutachter-Rolle?
  - Konsequenzen für den Psychotherapeuten in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Therapeuten-Rolle
  - Funktionen des therapeutischen Gespräches
  - Rollenverständnis als Therapeut während der Rehabilitationsbehandlung
- Gutachter-Rolle
  - Rollenverständnis als Gutachter bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
  - Aufgaben des Gutachters bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Motivationslage des Rehabilitanden

### Material

- Folien (siehe Seiten 68 – 72)

### Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion, Rollenspiel

Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt fragen und ggf. unangenehme Situationen im Rehabilitationsalltag schildern lassen. Wie konnten diese Situationen gelöst werden? Wer unterstützt bei der Lösung?

Wenn genügend Zeit ist, kann ein lösungsorientierter Erfahrungsaustausch in Kleingruppen erfolgen (30 Minuten) oder es können typische Problemstellungen in Kleingruppen erarbeitet (ca. 20 Minuten) und anschließend als kurzes Rollenspiel in der Großgruppe vorgestellt werden (ca. 60 Minuten). Problemstellungen und Lösungsansätze können dann anhand dieser Beispiele diskutiert werden.

**Zeit** circa 90 Minuten

## Rollenverständnis

### Der Psychologe als Therapeut

- als behandelnder Therapeut ist der Psychologe Helfer und Berater
- er ist empathisch und parteiisch auf Seiten des Patienten
- üblicherweise wird das psychotherapeutische Gespräch verordnet, dennoch hat der Rehabilitand eine Wahlmöglichkeit, der Psychotherapeut kann auch wieder „abgewählt“ werden
- der Therapeut hat einen impliziten Behandlungsvertrag mit seinem Rehabilitanden, es besteht eine Schweigepflicht
- der Konsens ist gemeinsamer „Kampf“ gegen die Krankheit

## Rollenverständnis

### Aufgaben des Gutachters bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (1)

- störungsbezogene Diagnostik
- persönlichkeitsbezogene Diagnostik
- Schweregrad und psychosoziale Auswirkungen (u. a. ICF)
- zumutbare Willensanspannung/Leistungsreserve
- Verdeutlichung, Aggravation, Simulation
- Beurteilung der Leistungsfähigkeit

(Quelle: nach AWMF-Leitlinie, Schneider et al. 2012)

## Rollenverständnis

### Aufgaben des Gutachters bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (2)

1. Inwieweit ist der Gutachter bei kritischer Würdigung der Befunde davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen?
2. Inwieweit besteht eine willentliche Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden (*zumutbare Willensanstrengung? sekundärer Krankheitsgewinn?*)

Quelle: AWMF-Leitlinie 2019

## Rollenverständnis

### Der Psychologe als Gutachter in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

- als Gutachter ist der Psychologe dem zu Begutachtenden nicht als behandelnder Therapeut verpflichtet
- es besteht kein Behandlungsvertrag (Schweigepflicht?)
- wird üblicherweise institutionell, d. h. durch seine Tätigkeit in der Reha-Klinik beauftragt
- Gutachter steht für Neutralität und ist dem Gemeinwohl bzw. der Solidargemeinschaft der Versicherten verpflichtet
- die Position des Gutachters ist „von einem Spannungsfeld zwischen kritischer Wachsamkeit und misstrauischer Forschungsarbeit geprägt“ (*Hausotter, 2006*)

## Rolle des Gutachters und Untersucherreaktion ....

„In keinem vergleichbaren Gebiet, wie bei der Beurteilung objektiv nicht hinreichend begründbarer Beschwerden, spielen **Übertragungsprobleme des Gutachters** eine so gravierende Rolle.

Die Palette reicht dabei vom „**Hardliner**“, der an sich und andere strenge Maßstäbe anlegt und zunächst stets vermutet, einen Drückeberger vor sich zu haben, der könnte, wenn er nur wollte, bis hin zum „**Softi**“, der voller Mitleid für den Probanden dessen Rentenwünsche vorbehaltlos unterstützt und sich mit ihm überidentifiziert.

Entscheidend für den Gutachter ist hier, sich mit **den eigenen und unbewussten Emotionen einem Probanden gegenüber** auseinanderzusetzen, um ihm dadurch besser gerecht zu werden.“



VDR Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6.Auflage (2003)

## Rollenverständnis

### Die Gutachtersituation

- als fremdbestimmter Auftrag
- als Arbeitsprobe
- als psychosomatischer Stresstest
- als detektivisch-kriminalistische Aufgabe
- als psychodynamische Beziehungssituation

Quelle: Derra, 2014

## Rollenverständnis

### Konsequenzen für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (1)

- Rolle des Gutachters kollidiert grundsätzlich mit der Helferrolle des Therapeuten
- in dieser Rollenverteilung muss der Patient seine Einschränkungen durch die Krankheit deutlich machen
- Kann der behandelnde Therapeut gleichzeitig Gutachter seines Patienten sein?
- Sollte der Patient über die doppelte Funktion aufgeklärt werden?
- Rollenverteilung im Reha-Team, Verantwortlichkeiten?
- Schweigepflicht, Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

## Rollenverständnis

### Konsequenzen für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (2)

- Das Rollenverständnis als Therapeut und als Gutachter sollte immer wieder reflektiert werden. Der Psychologe sollte in diesem Prozess klären, ob er eher zu einer betrachtend/beobachtenden Begutachtung neigt, oder ob er sich auf eine interaktionelle Vorgehensweise einlassen kann.
- Grundsätzlich ist bei der Begutachtung eine möglichst neutrale und wohlwollende Haltung einzunehmen, wobei sich dies insbesondere auch auf die emotionale Abgrenzungsfähigkeit bezieht.
- Der Gutachter sollte über gute Kommunikationsfähigkeiten verfügen sowie ausreichend Selbsterfahrung und soziale Kompetenzen haben, um eine kooperative Haltung des jeweiligen Probanden zu erreichen.
- Die Aufgabe eines Gutachters liegt daher auch darin, sein Verhalten und die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Proband sich auf die Beziehung einlassen und seine Problematik darlegen kann.

## Kleingruppenarbeit

---

### Aufgabe

- Gibt es Rollenkonflikte?  
Wie erleben Sie diese?
- Wie gehen Sie persönlich damit um? Gibt es Regelungen in Ihrer Reha-Einrichtungen zum Umgang mit solchen Situationen?
- Wählen Sie eine konkrete Situation aus Ihrem Alltag aus und bereiten Sie als Gruppe ein kurzes Rollenspiel vor.



Wissen	<b>Einstellung</b>	<b>Handlungskompetenz</b>
--------	--------------------	---------------------------

## 2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3

### Lehrziel

Die Teilnehmenden können ein persönliches Fazit zum Seminar ziehen, kennen Ziele und Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“.

### Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht den Teilnehmenden, die für sie 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 dritte Modul „Sozialmedizin im Reha-Team“ gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, mit den Mitgliedern ihres Reha-Teams, die an dem Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ teilgenommen haben, an Modul 3 teilzunehmen.

### Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte des Moduls 2
- Ausblick auf das Modul 3
  - Fallarbeit
  - Erstellung eines berufsgruppenspezifischen Befundes
  - Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
  - Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
  - Umsetzung einer multidisziplinären sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag
- schriftliches und mündliches Feedback zur Fortbildungsveranstaltung

### Material

- Folien (siehe Seiten 74 - 75)

### Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“

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 Fortbildung meiner Berufsgruppe durchführen?“, „Was benötige ich hierzu als Unterstützung?“ nachgehen.

Die Teilnahmebescheinigungen und der Evaluationsbögen werden verteilt.

**Zeit** circa 30 Minuten

## 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?
- .....



## Termine und Inhalte Modul 3

---

### Termine

XXXXX

### Inhalte

- Erstellung eines fachspezifischen Befundes
- Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
- Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
- Umsetzung einer multidisziplinären Zusammenarbeit in der Rehabilitationseinrichtung

## **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](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)

E-Mail: [fortbildungen-reha@drv-bund.de](mailto:fortbildungen-reha@drv-bund.de)

3. Auflage 08/2022



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Bund