

Modul 1

Sozialmedizinische Grundlagen

→ Curriculum
„Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
im Reha-Team“ - Version 2022



Deutsche
Rentenversicherung

Bund



Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Module

Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“

Modul 2 „Berufsgruppenspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“

Aktualisierung 2020/2022: Ulrike Worringen, Lutz Haustein, Marion Kalwa, Gabriele Pech, Andreas Petermann, Beatrice Müller, Susanne Engel, Antje Hoppe
Deutsche Rentenversicherung Bund

Autoren 2016: Antje Hoppe, Claus Derra, Marion Kalwa, Silke Brüggemann, Ulrike Worringen, Silke Horn, Gabriele Pech, Lutz Haustein, Margarete Ostholt-Corsten
Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 1 „SOZIALMEDIZINISCHE GRUNDLAGEN“	9
SEMINAREINHEIT 1.....	11
SEMINAREINHEIT 2.....	109

Vorbemerkung zu den Manualen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

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 fachärztliche Beurteilung sollen die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeuten des Reha-Teams einbezogen werden. Die in den Manualen beschriebenen Fortbildungsveranstaltungen haben das Ziel, das gesamte Reha-Team bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben weiter zu qualifizieren. Das übergeordnete Ziel aller Veranstaltungen ist es, durch die Qualifikation der therapeutischen Berufsgruppen und Förderung der interdisziplinären Kommunikation, die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

Die Fortbildungen richten sich an das gesamte Reha-Team. Die Zielgruppe umfasst alle Berufsgruppen, die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken:

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

Es ist empfehlenswert, dass das Reha-Team einer Rehabilitationseinrichtung, bestehend aus jeweils einem Vertreter der oben genannten Berufsgruppen, gemeinsam an den Veranstaltungen des Curriculums teilnimmt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass durch die gemeinsame Teilnahme die interdisziplinäre Kommunikation gestärkt und damit die praktische Umsetzung eines gemeinsamen Weges zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag positiv unterstützt werden konnte.

Die Fortbildung 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 gemein-

samen Sprache werden allen Berufsgruppen sozialmedizinische Grundlagen vermittelt. Diese beinhalten unter anderem wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger, das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Des Weiteren ist ein wichtiges Ziel, den Teilnehmenden die Inhalte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu geben, erste praktische Erfahrungen durch die Bearbeitung von Fallbeispielen zu sammeln.

Im Modul 2 werden berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltungen angeboten. In kleineren Gruppen mit maximal 20 Teilnehmenden erarbeiten die einzelnen Berufsgruppen Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im fachspezifischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Zu diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen und zur Beschwerdenuvalidierung wird ein fachlicher Austausch geführt. Des Weiteren erlernen die Teilnehmenden durch die Bearbeitung von Fallbeispielen, einen fachspezifischen Befund zu erstellen. Sie setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Therapeut auseinander.

Im ärztlichen Modul 2 tauschen sich die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen und Erwartungen bezüglich der Zusammenarbeit im Reha-Team aus. Die Anforderungen an die Durchführung der sozialmedizinischen Fallbesprechung im Reha-Team werden erarbeitet. Anhand von Fallbeispielen erstellen die Teilnehmenden die Zusammenschau aller fachspezifischen Beiträge. Als theoretischer Hintergrund wird dabei das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewendet.

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. Das Modul wird berufsgruppenübergreifend in Gruppen à 30 Teilnehmende angeboten. Um allen Teilnehmenden, die an den vorherigen Modulen 1 und 2 teilgenommen haben, gerecht zu werden, ist es notwendig die Veranstaltung zum Modul 3 mehrfach anzubieten. Als günstig hat es sich gezeigt, wenn die therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter aus einer Rehabilitationseinrichtung gemeinsam an einer Veranstaltung des Moduls 3 teilnehmen.

In allen Modulen wird die Kompetenzvermittlung mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vor- und/oder Nachbereitung werden gegebenenfalls Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zu den Themen umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Als Referenten für die Vorträge und die fachliche Anleitung der Kleingruppenarbeit wird empfohlen, Experten der jeweils zu vermittelnden Fachthemen einzusetzen. In allen Modulen ist ein Sozialmediziner bzw. Therapeut mit sozialmedizinischer Qualifikation erforderlich. Für das Modul 2 ist ein Praktiker aus der entsprechenden Berufsgruppe als Referent sehr empfehlenswert. Einer der Referenten sollte über einschlägige Moderationserfahrungen verfügen und durch das jeweilige Seminar führen.

Der zeitliche Rahmen der Module umfasst 9 Zeitstunden für das Modul 1 und jeweils 8 Zeitstunden für die Module 2 und 3. Die Umsetzung der Veranstaltungen kann an die organisatorischen Gegebenheiten des Veranstaltungsortes angepasst werden. Die Erfahrungen mit einem Angebot über zwei Tage zeigen, dass die Teilnehmenden die verbleibende Zeit nutzen, sich fachlich weiter auszutauschen sowie die Inhalte zu reflektieren, um weiterführende Fragen zu formulieren. Der Abstand zwischen den einzelnen Modulen kann mehrere Monate betragen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, die Fortbildungsinhalte zu reflektieren und umzusetzen. Die gesammelten Erfahrungen sowie entstehende Fragen können im darauffolgenden Modul bearbeitet werden.

Manuale zum Curriculum

Für jede Fortbildungsveranstaltung des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wurde zur Darstellung der Modulinhalte und deren Umsetzung ein eigenes Manual erstellt. Es liegen folgende Manuale als Broschüre vor:

- Modul 1
„Sozialmedizinische Grundlagen“
- Modul 2a
„Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2b
„Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2c
„Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2d
„Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2e
„Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2f
„Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“
- Modul 2g
„Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“
- Modul 3
„Sozialmedizin im Reha-Team“

Aufbau der Manuale

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,
- empfohlener maximaler **Zahl der Teilnehmenden**,
- **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.

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

Das Curriculum wurde erstmals 2013 durchgeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert (Worringen et al., 2016). Das erste Manual zu dem Curriculum erschien im Jahre 2015.

Alle Manuale des Curriculums wurden im Jahre 2020 neu aufgelegt und im Jahr 2022 aktualisiert (DRV Bund, 2022a - h). Dabei flossen die mehrjährigen Erfahrungen in der Durchführung des Curriculums, geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen und die Rückmeldung der Teilnehmenden ein. Es wurden zudem die Berufsgruppen der Ernährungsfachkräfte, Ärzte und Gesundheits- und Krankenpflegekräfte in die Fortbildung einbezogen.

Dem Wunsch nach einem vierten Modul, in dem indikationsspezifisch sozialmedizinische Problemfälle im Reha-Team bearbeitet und diskutiert werden können, wurde gefolgt. Dem anhaltenden Wunsch nach Inhouseschulungen können die Referenten der DRV Bund nicht nachkommen. Es wird empfohlen, ein Team von Therapeuten und Ärzten an der Fortbildung der DRV Bund teilnehmen zu lassen und die Inhalte der Fortbildung, die alle in manualisierter Form zugänglich sind, anschließend im Rahmen von internen Fortbildungsmaßnahmen dem gesamten Reha-Team zu vermitteln.

2022 wurden u. a. Literaturempfehlungen aktualisiert und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zu den personbezogenen Faktoren der ICF aufgenommen.

Redaktionelle Vorbemerkung

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

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 2a. Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2d. Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2f. Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022f.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2g. Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022g.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022h.
- 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 „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 1 „SOZIALMEDIZINISCHE GRUNDLAGEN“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
1.1 Aufbau und Ziele des Curriculums	14
1.2 Aufgaben und Leistungen der Sozialversicherungsträger	17
1.3 Rehabilitationsträger, Ziele der Rehabilitation und Voraussetzungen für die Genehmigung einer medizinischen Rehabilitation	25
1.4 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der ICF	34
1.5 Wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung	52
1.6 Gesetzliche Grundlagen zum Schutz von Sozialdaten	62
1.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	84
1.8 Berufskunde im Rentenverfahren	93
1.9 Ausblick auf Seminareinheit 2	103
SEMINAREINHEIT 2	109
2.1 Die qualitative Leistungsbeurteilung	112
2.2 Die quantitative Leistungsbeurteilung	122
2.3 Der Reha-Entlassungsbericht	127
2.4 Bearbeitung von Fallbeispielen	131
2.5 Fazit zum Seminar, Hausaufgabe, Ziele und Inhalte des Moduls 2	144

Einführung in das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“

Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ als Auftaktveranstaltung des dreimoduligen Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird berufsgruppenübergreifend angeboten. Die sechs Zielberufsgruppen aus den therapeutischen Bereichen Physio- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Psychologie, Ernährungstherapie, Pflege und Soziale Arbeit nehmen gemeinsam an der Veranstaltung teil. Auch Ärzten ist die Teilnahme möglich. Ziel ist es, ein einheitliches Verständnis und eine gemeinsame Sprache zu sozialmedizinischen Grundlagen und Begriffen zu vermitteln. Die Möglichkeit zum berufsgruppenübergreifenden Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen soll im Mittelpunkt stehen.

Die Vermittlung der sozialmedizinischen Grundlagen erfolgt in der ersten Seminareinheit als interaktiver Vortrag. Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Ernährungsfachkräfte, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und Ärzte werden gemeinsam geschult.

In der zweiten Seminareinheit werden die Inhalte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zum einen theoretisch vermittelt, zum anderen sammeln die Teilnehmenden erste praktische Erfahrungen mit dieser Thematik durch die Bearbeitung von Fallbeispielen. Hierfür werden die Teilnehmenden aller Berufsgruppen in berufsgruppengemischte Kleingruppen à 20 Personen aufgeteilt. Dies ermöglicht eine detaillierte Bearbeitung der Fallbeispiele und einen individuelleren Austausch zu den verschiedenen sozialmedizinischen Fragestellungen.

Zahl der Teilnehmenden

Es empfiehlt sich, pro Berufsgruppe (Bewegungstherapie, Ergotherapie, Psychologie, Ernährung, Pflege, Soziale Arbeit, Medizin) mindestens 25 Personen einzuplanen und somit das Curriculum im Modul 1 insgesamt mit rund 180 Teilnehmenden zu planen. Das Seminar wird an zwei Terminen mit jeweils bis zu 90 Teilnehmenden angeboten.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul 1 umfasst insgesamt 9 Zeitstunden. Dabei sind jeweils 4,5 Zeitstunden pro Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pause von mindestens 30 Minuten anzubieten.

Für die Seminareinheit 1 wird ein Raum für die Großgruppe mit Plätzen für 90 Teilnehmende benötigt. Als Sitzordnung empfiehlt sich ein parlamentarischer Aufbau. In der Seminareinheit 2 werden fünf Gruppenräume für bis zu 20 Teilnehmende mit einem U-förmigen Aufbau von Stühlen und Tischen benötigt. Für die Präsentationen und die Kleingruppenarbeit sollen in allen Räumen Beamer, Flipchart, Moderationskoffer und Metaplanwände zur Verfügung stehen.

Personelle Ressourcen

Als Referenten für die Vorträge und die fachliche Anleitung der Kleingruppenarbeit wird empfohlen, Experten der jeweils zu vermittelnden Fachthemen einzusetzen. Für die Leitung der Kleingruppen gibt es positive Erfahrungen mit dem Einsatz eines Referenten und eines Moderators pro Kleingruppe. In jeder Kleingruppe ist ein Sozialmediziner bzw. Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation erforderlich. Bei einer Besetzung von zwei Schulungsleitern pro Kleingruppe werden fünf Referenten und fünf Moderatoren benötigt.

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.

Modul 1 Sozialmedizinische Grundlagen

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalte des Curriculums
- das deutsche Sozialversicherungssystem
- Rechtsgrundlagen der Rehabilitation
- das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- wichtige Begriffe für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Datenschutz
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Berufskunde im Rentenverfahren

Dauer der Seminareinheit

4,5 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

90

Zielgruppe

- Physiotherapeuten, Sport-/Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler
- Ergotherapeuten
- Psychologen, Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Ernährungsfachkräfte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ärzte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

Sozialmediziner bzw. Ärzte mit sozialmedizinischer Qualifikation, Juristen, Reha-berater, therapeutische Berufsgruppen mit sozialmedizinischer Qualifikation

Raumausstattung

- parlamentarischer Aufbau der Tische und Stühle
- Beamer/Laserpointer, Presenter, Flipchart
- Mikrofon für Referent (Handmikrofon und ggf. Head-Set)
- Saalmikrofone für Teilnehmende (Handmikrofone)

Handouts

- Seminarplan
- Handzettel der Präsentation (2 Folien pro Seite) oder Manual von Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“
- Handout zu Informationen für Reha-Einrichtungen im Internet

Broschüren

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. 2021.
- DRV Bund (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) - Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. 2018.
- DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. 2020.

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der Seminareinheit kennen die Teilnehmenden die fünf Sparten des deutschen Sozialversicherungssystems und können die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialversicherungsträger voneinander abgrenzen. Zum Themenbereich Rehabilitation kennen sie die Rehabilitationsträger sowie die entsprechenden Rechtsgrundlagen und können erläutern, welche Voraussetzungen notwendig sind, um Leistungen zur Teilhabe in Anspruch nehmen zu können. Sie kennen Definitionen wichtiger Begriffe, deren Kenntnis bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung unabdingbar ist. Sie können das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erläutern und seine Anwendungsmöglichkeiten im Rehabilitationsalltag nachvollziehen. Sie lernen, dass der Reha-Entlassungsbericht, der am Ende einer medizinischen Rehabilitation erstellt wird, als Gutachten anerkannt ist, welches beispielsweise bei Prüfungen im Rentenverfahren als Entscheidungsgrundlage herangezogen wird. Sie haben einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen zum Schutz von Sozialdaten und über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erworben. Sie kennen die Begriffe der Berufskunde im Rentenverfahren.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan, das Manual und die Broschüren vor Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, den Inhalten der Vorträge entspannter zu folgen. Als Methodik zur Vermittlung der fachlichen Themen steht in dieser Einheit der interaktive Vortrag im Vordergrund. Es hat sich als günstig erwiesen, wenn auf einen regelmäßigen Wechsel der Referenten geachtet wird. Die Individualität bezüglich des Vortragstils der einzelnen Referenten lockern die Präsentation für den Zuhörer auf und ermöglicht ihm, den Vorträgen besser zu folgen.

Nach jedem Vortrag soll ausreichend Zeit für Fragen und Diskussion zur Verfügung stehen. Bei jedem Thema soll auch noch einmal vom Referenten bzw. Moderator der Bezug zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung herausgestellt werden.

Es sollten bei den Beispielen und Erläuterungen alle beteiligten Berufsgruppen und Indikationen bedacht werden. Um den kontinuierlichen Bezug zum Berufsalltag der Teilnehmenden zu gewährleisten, hat es sich als günstig erwiesen, einem klinikerfahrenen Referenten die Aufgabe der Moderation der Vorträge und Diskussionen zu übertragen.

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

1.1 Aufbau und Ziele des Curriculums

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Aufbau und Ziele des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ sowie die Inhalte des Moduls 1 nennen.

Begründung

Mit Informationen über die Inhalte und Organisation des modular aufgebauten dreiteiligen Curriculums soll die Zielsetzung des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ dargestellt werden. Des Weiteren erhalten die Teilnehmenden Aufschluss über die Inhalte und den Ablauf des zweitägigen Seminars. Es soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um eine reine Vortragsreihe zur Informationsvermittlung handelt, sondern, dass das Mitwirken aller Anwesenden erwünscht ist. Mit Fachleuten aus dem Bereich Sozialmedizin können Fragen und Unklarheiten diskutiert werden. Neben der Informationsvermittlung sollen insbesondere in der zweiten Seminareinheit bei der Gruppenarbeit Möglichkeiten zum berufsgruppenübergreifenden Fachaustausch eröffnet werden. Die Gruppenarbeit fördert die Kommunikation, das gegenseitige Verständnis und stärkt die Zusammenarbeit im Reha-Team bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag.

Inhalt

- Aufbau des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“
- Ziele
 - Verbesserung der Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation
 - Qualifizierung der therapeutischen Berufsgruppen zum Thema sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
 - Förderung der interdisziplinären Kommunikation
 - Stärkung des Reha-Teams
- Inhalt und Organisation des Moduls 1

Material

- Folien (siehe Seiten 15 - 16)

Hinweise zur Durchführung

Begrüßung, Vorstellung der Referenten, Folien zum Überblick über den Ablauf

Zeit circa 10 Minuten

Anmerkung

Es wird empfohlen, die Teilnehmenden zu motivieren, aufkommende Fragen oder Anmerkungen direkt im Anschluss an die Vorträge zu diskutieren. Verständnislücken können damit vermieden und weiterführende Informationen besser gelernt werden. Die Referenten erhalten einen Überblick über den Kenntnisstand der Teilnehmenden.

Bei den teilnehmenden Ärzten können die sozialmedizinischen Kenntnisse sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Ärzte ohne sozialmedizinische Erfahrungen werden auch fachlich von den Vorträgen des Moduls profitieren. Bei sozialmedizinisch erfahrenen Ärzten sollte der Fokus der Fortbildung auf die sozialmedizinische Zusammenarbeit im Reha-Team gelenkt werden. Die Diskussion der einzelnen Vorträge sollten Ärzte nicht mit spezifischen Fachfragen dominieren. Für diese spezifischen sozialmedizinischen Fragen stehen die Referenten den Teilnehmenden in der Pause zur Verfügung.

Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“



Modul 1	Sozialmedizinische Grundlagen
Modul 2	Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
Modul 2a	Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
Modul 2b	Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
Modul 2c	Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
Modul 2d	Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung
Modul 2e	Beiträge der Ernährungstherapie zur Leistungsbeurteilung
Modul 2f	Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung
Modul 2g	Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
Modul 3	Sozialmedizin im Reha-Team

Modul 1 Sozialmedizinische Grundlagen



Tag 1:

14:00 – 15:50 Uhr	Sozialversicherungssystem Rehabilitation <ul style="list-style-type: none">- Rechtsgrundlagen- ICF Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung <ul style="list-style-type: none">- grundlegende Begriffe
15:50 – 16:20 Uhr	<i>Kaffeepause</i>
16:20 – 18:30 Uhr	Datenschutz Rehabilitation <ul style="list-style-type: none">- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Berufskunde im Rentenverfahren

Modul 1 Sozialmedizinische Grundlagen



Tag 2:

08:30 – 10:30 Uhr	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
10:30 – 11:00 Uhr	<i>Kaffeepause</i>
11:00 – 13:00 Uhr	Bearbeitung von Fallbeispielen (in Kleingruppen)
13:00 – 14:00 Uhr	<i>Mittagessen</i>
14:00 – 15:00 Uhr	Bearbeitung von Fallbeispielen (in Kleingruppen)

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 Seiten 18 - 24)

Hinweise zur Durchführung

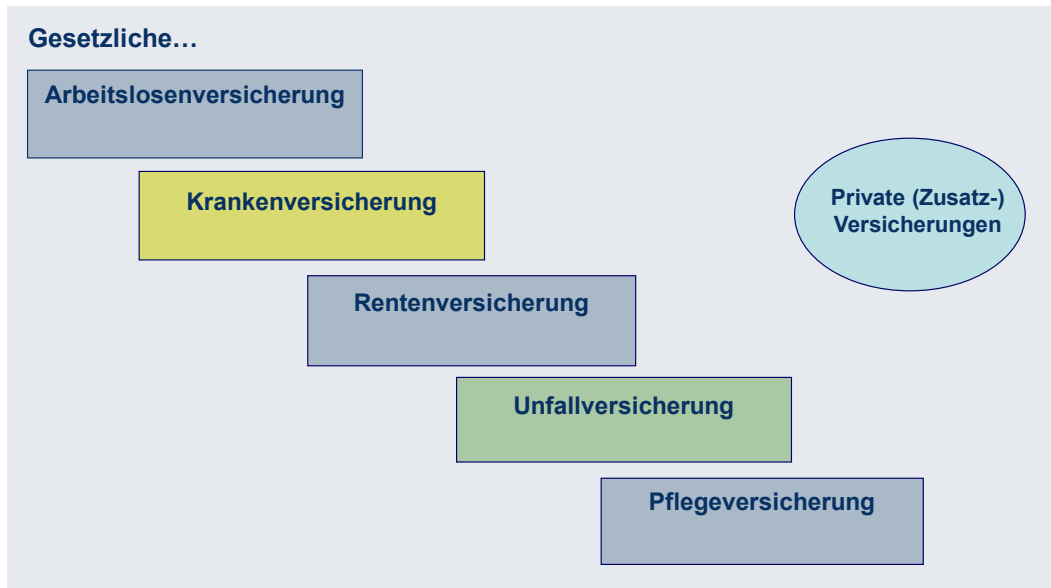
interaktiver Vortrag

Zeit circa 25 Minuten

Anmerkung

In vielen Rehabilitationseinrichtungen werden sowohl Rehabilitanden in Anschlussrehabilitation als auch im Heilverfahren rehabilitiert. Dabei können unterschiedliche Kostenträger und damit unterschiedliche Zielsetzungen für die Rehabilitation zum Tragen kommen (vgl. Lehrziel 1.4).

Die 5 Sparten der Sozialversicherung Deutschlands



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



Sozialversicherungssystem

Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

16 Träger

- **Deutsche Rentenversicherung Bund** (*vormals BfA*)
 - bundesweit organisiert
- **14 Regionalträger** (*vormals LVA*)
 - regional organisiert
- **Knappschaft-Bahn-See**
 - bundesweit organisiert
 - nimmt auch Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung wahr



Sozialversicherungssystem

Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

Aufgaben – Leistungen

- **Leistungen zur Teilhabe**
 - medizinische Rehabilitation
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (*LTA*)
- **Erwerbsminderungsrenten (EM)**
 - teilweise EM-Rente
 - teilweise EM-Rente bei Berufsunfähigkeit
 - volle EM-Rente
- **Altersruhegelder**
- **Renten wegen Todes**
 - Witwen-/Witwerrenten
 - Waisenrente

Sozialversicherungssystem

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

9 Berufsgenossenschaften (BG), 3 Unfallversicherungen (UV), 1 Spitzenverband

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband
 - bundesweit, berufsgruppenübergreifend organisiert
- UV der gewerblichen Wirtschaft, der öffentlichen Hand (*Allgemeine UV*), Schüler-Unfallversicherung
- BG Rohstoffe und chemische Industrie, BG Holz und Metall, BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse, BG der Bauwirtschaft, BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe, BG Handel und Waren-distribution, BG für Transport und Verkehrswirtschaft, **Verwaltungs-BG, BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Sozialversicherungssystem

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

Aufgaben – Leistungen

- **Prävention**
 - Vermeidung von Arbeitsunfällen
 - Vermeidung von Berufskrankheiten
 - Minimierung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
- **Arbeitsunfälle**
 - Behandlung einschl. medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
 - finanzielle Entschädigung z. B. Rente, Höhe je nach MdE
- **Arbeitswegeunfälle**
- **Berufskrankheiten**
 - Definition von Berufskrankheiten
 - Begutachtung von Berufskrankheiten
 - Behandlung einschl. medizinischer oder beruflicher Rehabilitation



Sozialversicherungssystem

Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Aufgaben

- die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern

Leistungen

- zur Behandlung einer Krankheit
- zur Früherkennung von Krankheiten
- medizinische Rehabilitation
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- zur Verhütung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung

inklusive Qualitätssicherung



Sozialversicherungssystem

Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Aufgaben

- das finanzielle Risiko der mit einer Krankheit verbundenen Kosten zu versichern

Leistungen

- Behandlungskosten
- Krankengeld
- Mutterschaftsgeld
- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Sozialversicherungssystem

Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

organisatorische Gliederung

- **Bundesagentur für Arbeit** (*Zentrale*)
- **Regionaldirektionen** (*10 auf Landesebene*)
- **Agenturen für Arbeit** (*regional, Wohnortprinzip*)

Sozialversicherungssystem

Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

Aufgaben

- Arbeitslosigkeit entgegenwirken
- Verkürzung der Dauer der Arbeitslosigkeit
- Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt unterstützen
- Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit
- Erreichung eines hohen Beschäftigungsstandes
- Verbesserung der Beschäftigungsstruktur

Sozialversicherungssystem

Bundesagentur für Arbeit (SGB III)

Leistungen

• Leistungen der Arbeitsförderung

- Vermittlung
- Weiterbildungen
- berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen
- Arbeitslosen- und Insolvenzgeld
- Kurzarbeiter- und Wintergeld
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Sozialversicherungssystem

- dadurch u. a. Neuregelung des SGB IX
- Ziel: Verbesserung der Teilhabe von und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung oder die von Behinderung bedroht sind
- „Leistungen wie aus einer Hand“ vorgesehen
- Vorrang von Präventionsleistungen
- frühzeitige Erkennung von Präventions- oder Rehabilitationsbedarfen: Forschungsförderung rehapro
- trägerunabhängige Beratungsleistungen
- ferner: mehr Selbstbestimmung, mehr Mitbestimmung, mehr Leistungs- und Qualitätskontrolle, weniger Einsatz eigenen Vermögens



Fazit für Sozialmedizin

Sozialversicherungssystem

- gegliedertes Sozialversicherungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten
- Zuständigkeiten und Zusammenarbeit ist gesetzlich geregelt
- das BTHG fordert eine stärkere Einbeziehung von Betroffenen und eine bessere Koordination der Kostenträger
- sozialmedizinische Fragestellungen gibt es in allen Sozialversicherungssparten
- Rentenversicherung hat die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Erwerbstätigkeit zu beurteilen

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

1.3 Rehabilitationsträger, Ziele der Rehabilitation und Voraussetzungen für die Genehmigung einer medizinischen Rehabilitation

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Rehabilitationsträger, die Ziele der Rehabilitation und notwendige Voraussetzungen für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation benennen.

Begründung

Der Gesetzgeber hat jeweils trägerspezifische Rehabilitationsziele festgelegt. Diese schließen alle Leistungen ein, die darauf gerichtet sind, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermeiden oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Kenntnisse der im Sozialgesetzbuch IX formulierten Ziele und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation befähigt die Teilnehmenden, die therapeutische Arbeit im Rehabilitationsalltag auf der individuellen als auch auf der Team-Ebene zu hinterfragen und therapeutische Ziele in der Arbeit mit den Rehabilitanden zu konkretisieren. Des Weiteren lernen die Teilnehmenden die Voraussetzungen kennen, die für den Erhalt einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendig sind. Sie können Erklärungsansätze für unterschiedliche Motivationslagen bei den Rehabilitanden bezüglich ihrer Rehabilitationsmaßnahme ableiten, zum Beispiel, wenn eine Rehabilitation vor dem Hintergrund „Reha vor Rente“ beantragt worden ist.

Inhalt

- Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX 1)
- Ziele der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX 1)
- Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe (§ 9 SGB VI)
- Voraussetzungen für den Erhalt einer medizinischen Rehabilitation
 - persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen
 - Besonderheiten im Antragsverfahren (§ 51 SGB V, § 145 SGB III)
- sonstige Leistungen (§ 31 SGB VI), Anschlussrehabilitation (AHB)

Material

- Folien (siehe Seiten 26 - 33)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (25 Minuten), Diskussion (10 Minuten)

Zeit circa 35 Minuten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 6 SGB IX (1) Rehabilitationsträger

Träger der Leistungen zur Teilhabe (*Rehabilitationsträger*) können sein:

1. die gesetzlichen Krankenkassen
2. die Bundesagentur für Arbeit
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
7. die Träger der Sozialhilfe

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 42 SGB IX (1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Ziele der Rehabilitation sind:

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten **oder**
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (...) sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 9 SGB VI Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

- drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit soll entgegengewirkt werden
- die möglichst dauerhafte (Re-)Integration in das Erwerbsleben soll erreicht werden
- Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen
- die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür müssen erfüllt sein

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 10 SGB VI Persönliche Voraussetzungen

- Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit – „Reha-Bedarf“
- Aussicht auf Besserung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistung – „positive Reha-Prognose“

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 11 SGB VI Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- für Leistungen zur Teilhabe allgemein:
 - die Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt oder
 - eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird bezogen
- für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt auch:
 - in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung wurden sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge geleistet (...) oder
 - die Beendigung einer Ausbildung liegt maximal zwei Jahre zurück und anschließend wurden Pflichtbeiträge geleistet (...) oder
 - es besteht oder droht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und die „allgemeine Wartezeit“ (= 5 Jahre) ist erfüllt

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Das richtige Behandlungsangebot

- stationäre und (*ganztägig*) ambulante Rehabilitation
- indikationsspezifische Konzepte
- Therapiekonzepte
 - Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (*MBOR*)
 - Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (*VOR*)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 15a SGB VI Leistungen zur Kinderrehabilitation

- Rehabilitation für Kinder
 - von Versicherten
 - von Rentnern (Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung)
 - die eine Waisenrente beziehen
- „Voraussetzung ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 31 SGB VI Sonstige Leistungen

(1) Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden:

1. ...
2. Leistungen zur onkologischen Nachsorge für Versicherte, Bezieher einer Rente und ihre jeweiligen Angehörigen sowie
3. Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern.

Weitere Leistungen

§ 14 SGB VI Leistungen zur Prävention

- Für Versicherte, die „erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“
- Eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung, die „insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen näher ausführt“, ist hierfür Grundlage.

Weitere Leistungen

§ 17 SGB VI Leistungen zur Nachsorge

- Zweck: Sicherung des Reha-Erfolges
- Eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung, die „insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Leistungen näher ausführt“, ist hierfür Grundlage.



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Anschlussrehabilitation (AHB)

- es gelten die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe
- AHB muss im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung innerhalb von 14 Tagen beginnen und von dort beantragt werden
- Diagnose muss in der AHB-Indikationsliste enthalten sein
- für Versicherte der DRV Bund und DRV Mitteldeutschland gilt das Direkteinleitungsverfahren
(sofern sie in einer zu dem Verfahren beigetretenen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – **Besonderheiten im Antragsverfahren**



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

- (1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.
- (3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – *Besonderheiten im Antragsverfahren*



§ 145 SGB III Minderung der Leistungsfähigkeit

- (2) Die Agentur für Arbeit hat die leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. (...) Stellt die leistungsgeminderte Person den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tag nach Ablauf der Frist an.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – *Besonderheiten im Antragsverfahren*



§ 35 StGB BtMG (Betäubungsmittelgesetz) - Zurückstellung der Strafverfolgung

- (1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen (...), dass er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde (...) die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. (...)

Prinzip „Therapie statt Strafe“

Leistungen zur Teilhabe

§ 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“

Fazit für Sozialmedizin

Rehabilitation - Rechtsgrundlagen

- der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist unterschiedlich
- nicht alle Rehabilitanden kommen selbst motiviert zur Rehabilitation
- die Motivationslage ist bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu berücksichtigen

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

1.4 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 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 die Kommunikation im Reha-Team zu verbessern.

Inhalt

- Erläuterung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
 - biopsychosoziales Modell der ICF
 - Komponenten des Modells
 - Wechselwirkung der Komponenten
 - Beurteilungshilfen
- Anwendung der ICF in der Rehabilitation
 - Anwendung in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Material

- Folien (siehe Seiten 36 - 51)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (25 Minuten), Diskussion (10 Minuten)

Zeit circa 35 Minuten

Anmerkung

Es werden Hinweise auf Internetportale gegeben, die weitere Informationen zur ICF beinhalten (<https://www.rehadat-icf.de>) bzw. einen krankheitsspezifischen Dokumentationsbogen (<https://www.icf-core-sets.org>) erstellen.

Weiterführende Informationen:

Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung. www.dgsmp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (Internetzugriff 01.09.2022)

Grotkamp, S. et al. Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen* 2020; 82: 107-116.

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



- Entwicklung und Ziele der ICF
- ICF als Denkmodell und Beurteilungshilfe
- ICF in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

ICF



Klassifikation und Modell für eine bio-psycho-soziale Sichtweise auf Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabe

Geschichte der ICF

- 1972: Beginn der Vorbereitungsarbeiten zur ICIDH
- 1980: Erstmalige Veröffentlichung der ICIDH
- 1993: Beginn des Revisionsprozesses der ICIDH
- 2001: Final Draft (Mai 2001, Assembly der WHO)
- 2001: ICF, Translator Version, Oktober 2001
- 2001: Deutscher Entwurf der ICF, November 2001

ICF

- gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO (Referenzklassifikation)
- Diagnoseunabhängig
- kein Assessmentinstrument
- in Deutschland im SGB IX und Bundesteilhabegesetz verankert

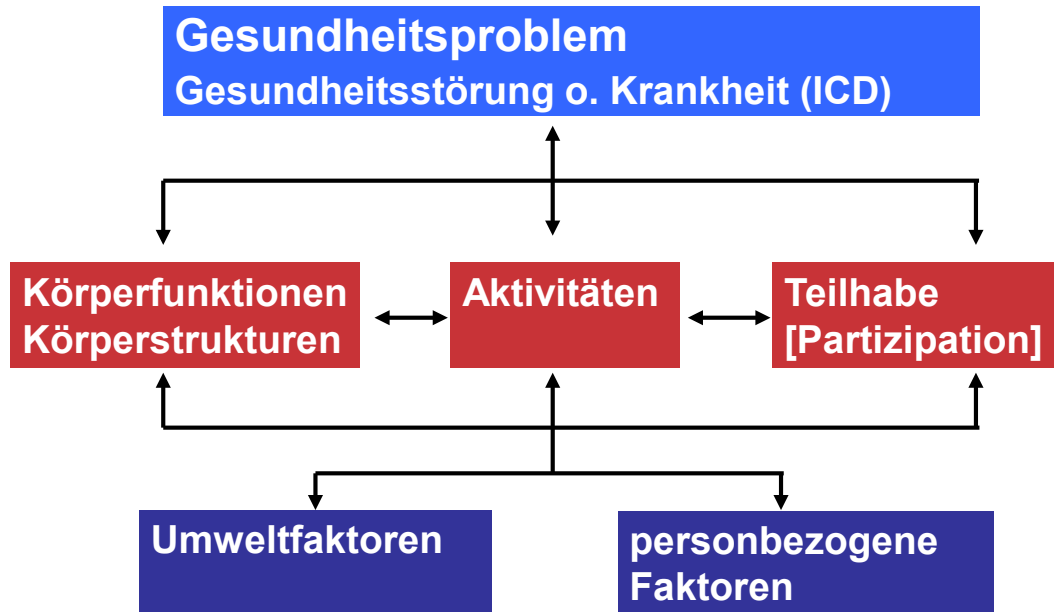
Hauptziele

- gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit zur Verfügung stellen
- Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen verbessern
- gemeinsames Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung, um Teilhabeorientierung zu unterstützen

Grundbegriffe der ICF

- bio-psycho-soziales Modell
- Körperstrukturen, -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
- Kontextfaktoren
- Funktionsfähigkeit
- Behinderung

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Gliederung der ICF



Körperfunktionen	493 b-Items (<i>body functions, b</i>)
Körperstrukturen	310 s-Items (<i>body structures, s</i>)
Aktivitäten & Teilhabe in Lebensräumen	393 d-Items (<i>life domains, d</i>)
Umweltfaktoren	258 e-Items (<i>environmental factors, e</i>)
personbezogene Faktoren	

Systematik der DGSMF

www.bfarm.de (kostenfreier Download)

ICF Körperfunktionen und Körperstrukturen

Funktionen: b	Kapitel	Strukturen: s
Mentale Funktionen	1	Nerven, ZNS
Sinnesorgane, Schmerz	2	Auge, Ohr
Sprechorgan	3	Stimme
Herz, Lunge, Gefäße, Blut	4	Herz, Lunge, Gefäße, Blut
GIT, Stoffwechsel, Hormone	5	GIT, Stoffwechsel, Hormone
Urogenitalsystem	6	Urogenitalsystem
Neuromuskuläres System	7	Bewegung
Haut	8	Haut

Beispiel für ICF – Körperfunktionen Kapitel 1: Mentale Funktionen

globale Funktionen

- b110: Funktionen des Bewusstseins
- b114: Funktionen der Orientierung
- b117: Funktionen der Intelligenz
- b122: globale psychosoziale Funktionen
- b126: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
- b130: Funktionen der Energie und des psychischen Antriebs
- b134: Funktionen des Schlafs

entspricht dem
psychopathologischen
Befund

spezifische Funktionen

- b140: Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144: Funktionen des Gedächtnisses
- b147: Psychomotorische Funktionen
- b152: emotionale Funktionen
- b156: Funktionen der Wahrnehmung
- b160: Funktionen des Denkens
- b164: höhere kognitive Funktionen
- b167: kognitiv-sprachliche Funktionen
- b172: das Rechnen betreffende Funktionen
- b176: Funktionen die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen
- b180: die Selbstwahrnehmung und das Zeiterleben betreffende Funktionen

Beeinträchtigungen werden
als Schädigungen
bezeichnet

ICF Aktivitäten und Teilhabe: 9 Domänen

1	Lernen und Wissensanwendung	
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	
3	Kommunikation	
4	Mobilität	
5	Selbstversorgung	
6	Häusliches Leben	
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Erwerbsleben als bedeutender Lebensbereich
8	Bedeutende Lebensbereiche	
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	

Aktivitäten und Teilhabe

- **Aktivitäten** bezeichnet die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen einer Person (**das Verhalten**)
- **Teilhabe** ist das **Einbezogensein** einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich
- Aktivitäten und Teilhabe werden in der Klassifikation der ICF zusammen verschlüsselt

Beispiel für ICF – Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

relevant für die sozialmedizinische
Leistungsbeurteilung der DRV

Arbeit und Beschäftigung

d840: Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit

d845: eine Arbeit erhalten, behalten und beenden

d850: bezahlte Tätigkeit

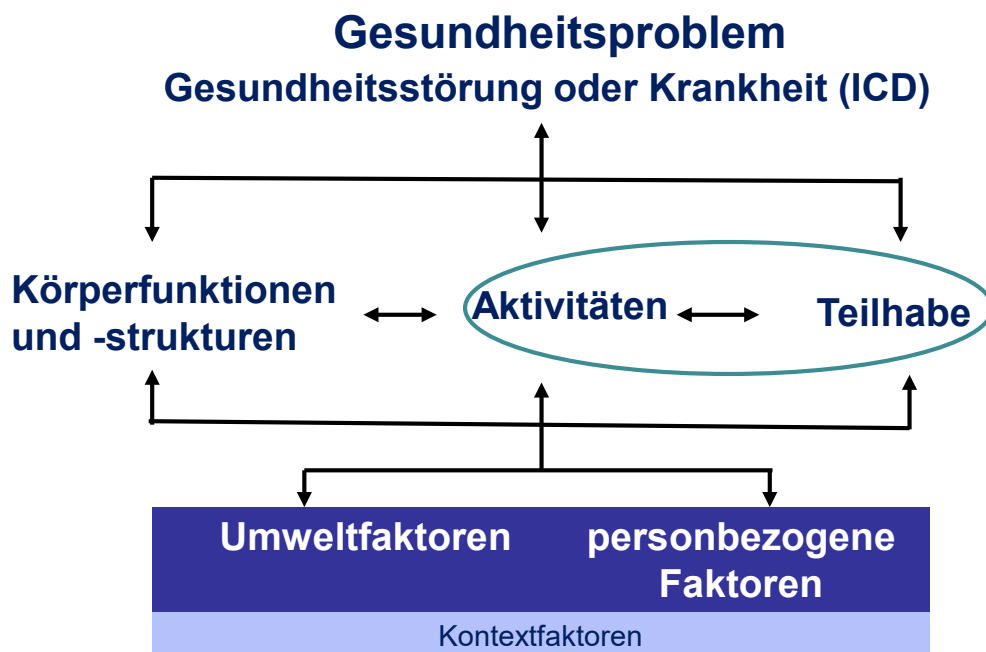
d855: unbezahlte Tätigkeit

d859: Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher
bezeichnet

Arbeit = Lebensbereich/Teilhabe

Arbeit erhalten = Verhalten/Aktivität

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Kontextfaktoren

Einfluss des Lebenshintergrundes einer Person

- **Umweltfaktoren:** liegen außerhalb der Person
- **personbezogene Faktoren:** liegen innerhalb der Person

können Förderfaktoren oder Barrieren darstellen

Umweltfaktoren

Kapitel: Umweltfaktoren (environmental factors, e)

- | | |
|---|---|
| 1 | Produkte und Technologien |
| 2 | Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt |
| 3 | Unterstützung und Beziehungen |
| 4 | Einstellungen (anderer) |
| 5 | Dienste, Systeme u. Handlungsgrundsätze |

Beispiel für Umweltfaktoren

• Kapitel 3: Unterstützung und Beziehung

e310 engster Familienkreis

Kollegen, Vorgesetzte,
Arbeitgeber

e320 Freunde

e330 Autoritätspersonen

e335 Untergebene

e340 persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

e350 domestizierte Tiere

e355 Fachleute der Gesundheitsberufe

ICF personbezogene Faktoren

Kapitel: Personbezogene Faktoren

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| • Alter | • Bildung |
| • Geschlecht | • Beruf |
| • Fitness | • Lebensstil |
| • Gewohnheiten | • Ethnische Zugehörigkeit |
| • Bewältigungsstile | • Genetische Prädisposition |
| • Persönliche Einstellungen | |

auch Komorbiditäten

Personbezogene Faktoren

(DGSM, 2020)



- **Kapitel 1: Allgemeine Merkmale**
Alter, Geschlecht
- **Kapitel 2: Physische Faktoren**
Körperliche Konstitution
- **Kapitel 3: Mentale Faktoren**
Persönlichkeit, kognitive und mnestiche Faktoren
- **Kapitel 4: Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten**
- **Kapitel 5: Lebenslage**

Quelle: Grotkamp S et al. Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Gesundheitswesen 2020; 82: 107–116.

Personbezogene Faktoren

(DGSM)



Mögliche Wechselwirkung beachten

Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der DGSM (2019) - Langfassung

Kapitel 3 - Mentale Faktoren

Stand 13.12.2019

Das Kapitel befasst sich mit den grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit sowie kognitiven und mnestiche Faktoren, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Enthalten sind Intelligenz und angeborene mentale Talente. Es betrifft nicht Schädigungen mentaler Funktionen. Haben die Merkmale Krankheitswert, werden sie nicht als personbezogener Faktor klassifiziert, sondern bei den mentalen Funktionen.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, die das Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von anderen unterscheiden.

i 310 Extraversion

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und Ausdrucksfähigkeit) auszeichnen, auf dem anderen durch Introversio (Zurückhaltung, Unabhängigkeit und Alleinsein).

i 315 Faktoren der Emotionalität

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit auszeichnen, auf dem anderen durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit.

S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSM – Langfassung. [mp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSM_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf](https://www.mp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSM_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf) (griff 01.09.2022).

Funktionsfähigkeit

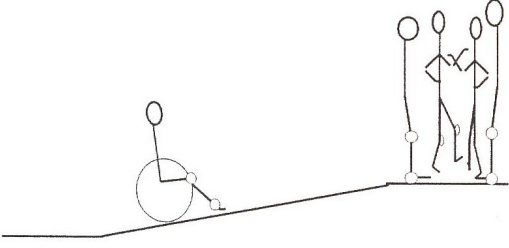

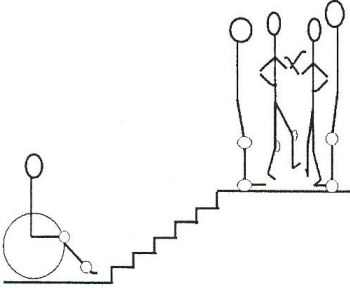
Positive Wechselwirkung zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren auf ihre



- Körperfunktionen und -strukturen
- Aktivitäten in Tätigkeitsfeldern
- Teilhabe an Lebensbereichen

Behinderung

Negative Wechselwirkung zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren auf ihre

- Körperfunktionen und -strukturen
- Aktivitäten in Tätigkeitsfeldern
- Teilhabe an Lebensbereichen

<h2>Funktionsfähigkeit</h2> 	 <p>Natürliche und vom Menschen geänderte Umwelt</p>
	<h2>Behinderung</h2> 

<h2>Die ICF Core Sets</h2> <p>für bestimmte Gesundheitsstörungen wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none">• muskuloskeletale Erkrankungen• Schlaganfall• Depressionen• Rückenmarksverletzungen oder• ischämische Herzerkrankungen <p>gibt es Listen der für diese Gesundheitsstörungen relevanten ICF-Kategorien</p>	 
--	---



Beurteilungsmerkmal = Schweregrad der Probleme

xxx.0	nicht vorhanden	(kein, unerheblich...)	0 – 4 %
xxx.1	leicht ausgeprägt	(schwach, gering...)	5 – 24 %
xxx.2	regelmäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich...)	25 – 49 %
xxx.3	erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst...)	50 – 95 %
xxx.4	voll ausgeprägt	(komplett, total...)	96 – 100 %

xxx.8 nicht spezifiziert
xxx.9 nicht anwendbar

Vorgehensweise bei der Dokumentation und Beurteilung einzelner Komponenten der ICF



KÖRPERFUNKTIONEN
Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)

Wie groß ist das Ausmaß der Schädigung in ...

	Keine Schädigung	Leichte Schädigung	Mäßige Schädigung	Erhebliche Schädigung	Vollständige Schädigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
d1263 Psychische Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mentale Funktionen, die sich in einer Persönlichkeit äußern, die durch Ausgeglichenheit, Ruhe und Gelassenheit gekennzeichnet ist, im Gegensatz zu Reizbarkeit, Besorgtheit, Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit

Informationsquellen:
 Anamnese Patientenfragebogen Klinische Untersuchung Technische Untersuchung

Beschreibung des Problems:

UMWELTFAKTOREN
Bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein erfüllen.

In welchem Ausmaß erlebt die Person einen Förderfaktor oder eine Barriere in ...

Sie können ggfs. Umweltfaktoren gleichzeitig als Förderfaktor und Barriere bewerten.

	Keine Beeinträchtigung	Leichte Beeinträchtigung	Mäßige Beeinträchtigung	Erhebliche Beeinträchtigung	Vollständige Beeinträchtigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
e1101 Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle natürlichen oder vom Menschen hergestellten Produkte oder Substanzen, für medizinische Zwecke gesammelt, verarbeitet oder hergestellt, wie der heutigen Schulmedizin und der Naturheilkunde entsprechende Heilmittel/Medikamente

Informationsquelle: Anamnese Patientenfragebogen Klinische Untersuchung Technische Untersuchung

Beschreibung:

AKTIVITÄTEN UND PARTIZIPATION
Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung, Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.

Wie groß ist die Beeinträchtigung in der ...
i = Leistung in ...
lf = Leistungsfähigkeit in ...

	Keine Beeinträchtigung	Leichte Beeinträchtigung	Mäßige Beeinträchtigung	Erhebliche Beeinträchtigung	Vollständige Beeinträchtigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
e310 Engster Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

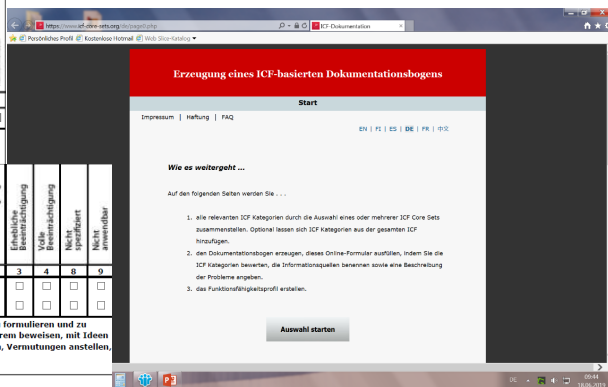
Ideen, Konzepte und Vorstellungen - seien sie zielgerichtet oder nicht - zu formulieren und zu handhaben, allein oder mit anderen, wie eine Fiktion entwickeln, ein Theorem beweisen, mit Ideen spielen, Brainstorming betreiben, meditieren, Vor- und Nachteile abwägen, Vermutungen anstellen, überlegen

Exkl.: Probleme lösen (d175), Entscheidungen treffen (d177)

Informationsquellen:
 Anamnese Patientenfragebogen Klinische Untersuchung Technische Untersuchung

ICF basierter Dokumentationsbogen

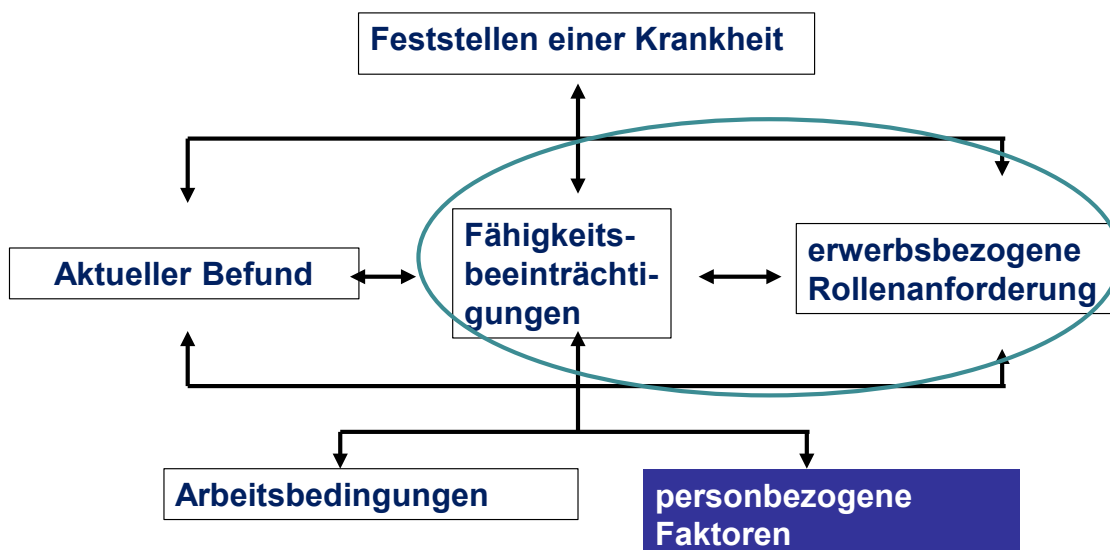
www.icf-core-sets.org

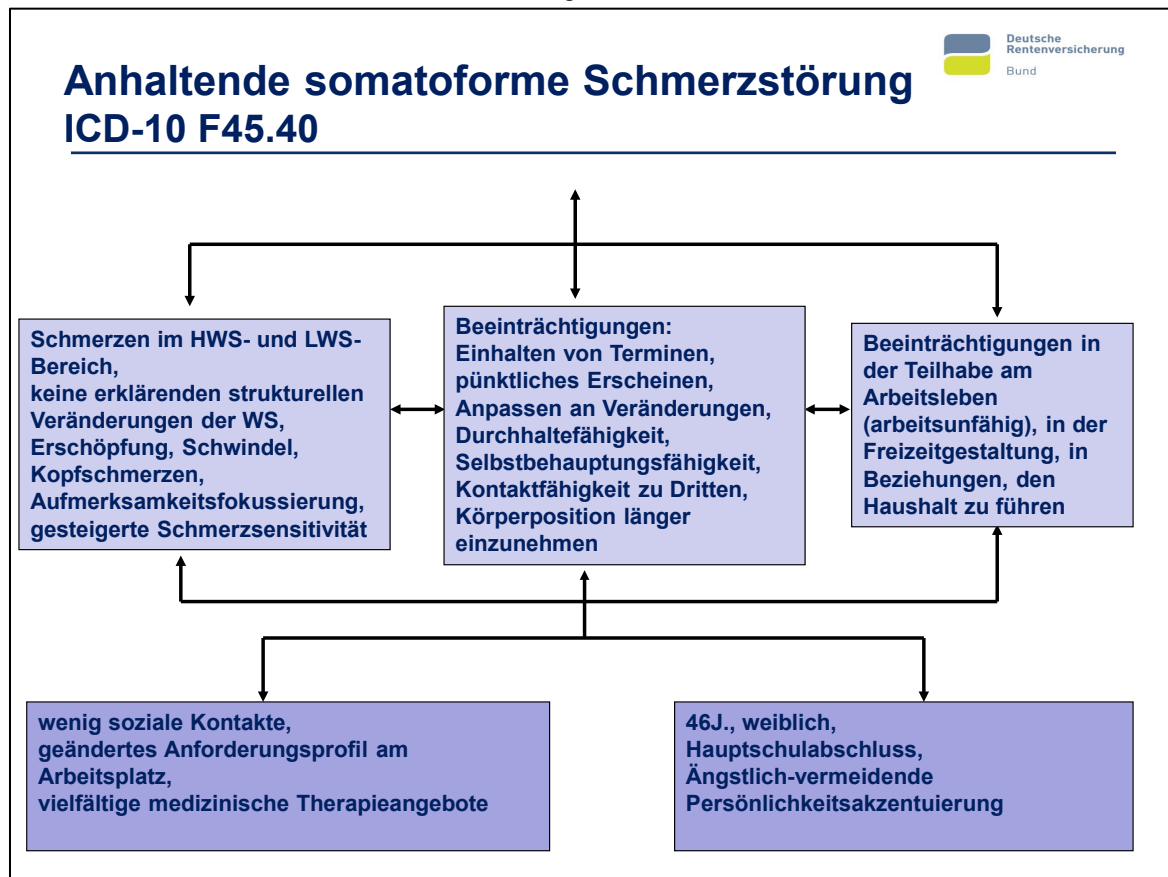



Vorgehensweise bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit

1. Feststellen einer Krankheit
2. Erheben des objektivierbaren aktuellen Befunds
3. Ableiten der "Unfähigkeit" bzw. "Fähigkeitsbeeinträchtigung", die sich unmittelbar aus dem aktuellen Befund ergibt
4. Abgleichen von Fähigkeit und erwerbsbezogener Rollenanforderung
5. Überprüfen der Verlaufsprognose unter Einfluss der Arbeitsbedingungen

Einschätzung der Leistungsfähigkeit







Ausblick auf die Module 2 und 3

- **Erarbeitung ICF basierter Fallbeispiele**

- **Kurzvorstellung ICF basierter Erhebungsinstrumente**

www.rehadat-icf.de

Barrierefreiheit | Drucken / Speichern | Seite empfehlen | English | Über uns | Hilfe | Übersicht | Kontakt | Datenschutz | Vorlesen

REHADAT ICF-Lotse

Sie sind hier: → Startseite

ICF-Komponenten

- b Körperfunktionen
- s Körperstrukturen
- d Aktivitäten und Partizipation
- e Umweltfaktoren
- i Personbezogene Faktoren

Recherche über ICF-Komponenten

Der ICF-Lotse führt Sie entlang der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu Inhalten aus dem REHADAT-Informationssystem rund um die Themen Behinderung, Arbeit und Rehabilitation.

Folgende REHADAT-Bereiche werden anhand der ICF-Klassifikation durchsucht:

- Literatur (Zeitschriftenartikel, Bücher, Online-Publikationen und mehr)
- Hilfsmittel (Produktbeschreibungen, Bilder, Hilfsmittelnnummern, Bezugsadressen)
- Gute Praxis (Praxisbeispiele zur Gestaltung von Arbeitsplätzen)

Wissenswertes zur ICF in Kürze:

- ICF steht für International Classification of Functioning, Disability and Health.
- Die ICF ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001).
- Sie dient als fach- und länderübergreifende, einheitliche und standardisierte Sprache.
- Die ICF klassifiziert die Folgen von Krankheiten in Bezug auf Körperfunktionen/Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren eines Menschen.

Aktuelles und Termine

Nachlese zur ICF-Anwenderkonferenz 2019

- [Präsentationen und Tagungsunterlagen](#)

Neueste Publikationen rund um die ICF

- [zum Portal REHADAT-Literatur](#)

Über die ICF

Hintergrundinformationen zur Klassifikation, Herausgeber und Versionen

- [mehr](#)

Deutsche Übersetzung der ICF als PDF-Version

- [zum Download bei DIMDI](#)

Literatur

Zeitschriftenartikel, Reviews, Forschungsberichte und mehr zum Thema ICF

- [zu den Publikationen](#)

Forschung

Fazit für Sozialmedizin

Die ICF unterstützt

- Selbstbestimmung und Teilhabe
- Sektorenübergreifendes Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung
- Teilhabeorientierung bei der Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung
- einheitliche Grundlage für die Beschreibung von Leistung und Leistungsfähigkeit

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

1.5 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 (AU)
- sozialmedizinische Leistungsbeurteilung: Leistungsminderung
- volle und teilweise Erwerbsminderung
- Grad der Behinderung (GdB)
- Grad der Schädigungsfolgen (GdS)
- Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Material

- Folien (siehe Seiten 53 - 61)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (20 Minuten), Diskussion (10 Minuten)

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Die sozialmedizinischen Grundbegriffe werden zu Anfang des Seminars dargestellt, da sie die Grundlage für das Verständnis der weiteren Beiträge sind.

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Begriff der (gesetzlichen) Krankenversicherung

- AU liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann.
- Die Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben.
- Arbeitslose sind AU, wenn sie 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)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.			Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
zur Vorlage beim Arbeitgeber

Der angegebenen Krankenkasse wird vorzugslich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Bitte sofort dem Arbeitgeber vorlegen!

Erstbescheinigung Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit Dem Durchgangsarzt zugewiesen

Arbeitsunfähig seit

• Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich

Festgestellt am

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1. 1996)

Arbeitsunfähigkeit ist immer zeitlich befristet.

Leistungsbeurteilung/Leistungsminderung

Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung, auch Arbeitsverwaltung

Bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wird festgestellt:

- die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Berücksichtigung der krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen 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

Leistungsbeurteilung/Leistungsminderung

Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung, auch Arbeitsverwaltung

Beurteilung

- der individuellen qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit und
- für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sowie
- des Beginns einer Leistungseinschränkung, Was geht noch?
- der Besserungsaussicht bzw. Unwahrscheinlichkeit der Besserung Seit wann und wie lange?
- unter Berücksichtigung individueller Ressourcen und therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten

Kann eine Leistungsminderung vermieden werden?

Erwerbsminderung

Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Erwerbsminderung

Begriff der gesetzlichen Rentenversicherung

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

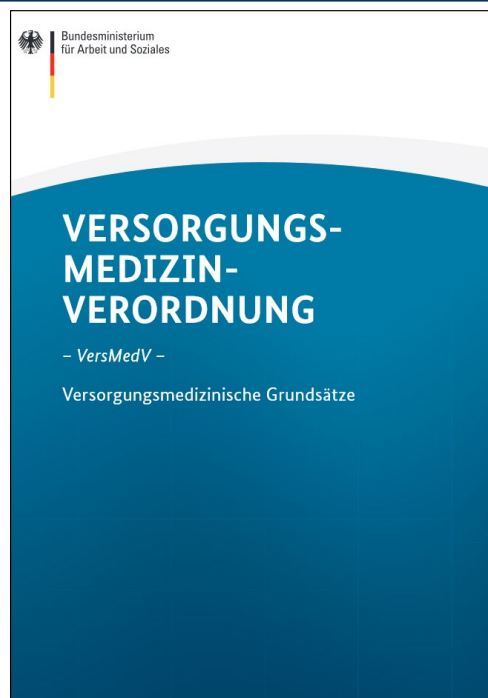
3 bis unter
6 Stunden

unter 3
Stunden

Zuordnung der wichtigsten Begriffe

	Begriff	Recht	Institution
1	Arbeitsunfähigkeit	Recht der GKV (SGB V)	Krankenkassen
2	Volle/teilweise Erwerbsminderung (EM)	Recht der GRV (SGB VI)	Rentenversicherungsträger
3	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Recht der GUV (SGB VII)	Unfallversicherung
4	Grad der Schädigungsfolge (GdS)	Soziales Entschädigungsrecht	Träger des Versorgungsrechts
5	Grad der Behinderung (GdB)	Schwerbehindertenrecht (SGB IX)	Versorgungsämter, Kommunen
6	Pflegebedürftigkeit	Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)	Pflegekassen

Versorgungsmedizinische Grundsätze



Grad der Behinderung (GdB)

Begriff der Versorgungsverwaltung

Gesetzliche Grundlage:

Versorgungsmedizinische Grundsätze

- Begriff des Schwerbehindertenrechts für die Feststellung der Auswirkungen einer Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- regelwidriger körperlicher, geistiger, seelischer Zustand = Abweichung von dem für das Lebensalter typischen Zustand
- ursachenunabhängig
- Angabe in Zehnerschritten von 20 - 100, **nicht** in Prozent
- Behinderungen unterschiedlicher Organsysteme werden einzeln bewertet

Grad der Behinderung (GdB)

Begriff der Versorgungsverwaltung

- bei der Ermittlung des Gesamt-GdB durch alle Funktionsbeeinträchtigungen dürfen die einzelnen Werte nicht addiert werden...
 - maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in
- ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung
- ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander



$$30 + 10 \Rightarrow 30!$$

$$30 + 20 \Rightarrow 40!$$

$$30 + 20 \Rightarrow 30!$$

$$30 + 30 \Rightarrow 40!$$

Grad der Behinderung (GdB)

Begriff der Versorgungsverwaltung

- Feststellung nur, wenn der GdB mindestens 20 beträgt
- Schwerbehinderung besteht ab GdB 50
- Nachteilsausgleiche sind ab GdB 30 möglich
 - „**G**“ erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
 - „**B**“ Berechtigung für eine ständige Begleitung

GdB und GdS haben keinen Bezug zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

~~GdB 50
= 50% arbeitsfähig
= 3 - < 6 Stunden~~

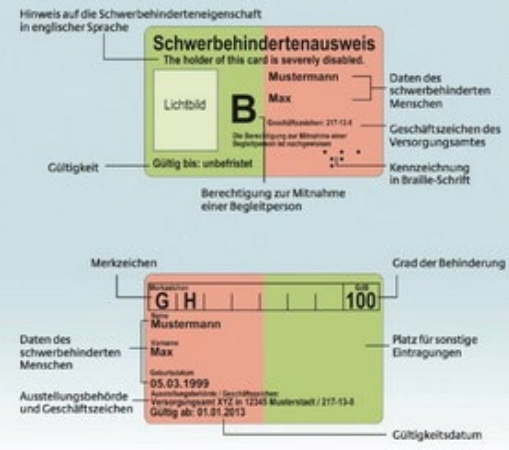
Der Schwerbehindertenausweis

erst ab GdB 50

Das ist neu

- **Spürbar benutzerfreundlicher**
Wie der Führerschein, der Personalausweis und die Bankkarten ist nun auch der neue Schwerbehindertenausweis eine handliche Plastikkarte.
- **Braille-Schrift**
Blinde Menschen können ihren neuen Ausweis an der Buchstabenfolge sch-b-a erkennen.
- **Praktisch im Ausland**
Ein Hinweis auf die Schwerbehinderung in englischer Sprache hilft auf Reisen. Ein direkter Anspruch auf besondere Leistungen im Ausland ist damit auch künftig nicht verbunden. Der englische Hinweis erleichtert aber den Nachweis im nicht-deutschsprachigen Ausland, wenn es dort für schwerbehinderte Menschen besondere Regelungen gibt (z. B. ermäßigter Eintritt).

Der neue Ausweis



The diagram shows two versions of the Schwerbehindertenausweis card. The top version is a simplified layout with fields for:

- Hinweis auf die Schwerbehinderteneigenschaft in englischer Sprache:** Schwerbehindertenausweis, The holder of this card is severely disabled.
- Lichtbild:** Photo of the holder.
- B:** Grade of disability (GdB).
- Max:** Name of the holder.
- Gültig bis: unbefristet:** Validity period.
- Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson:** Right to take a companion.
- Daten des schwerbehinderten Menschen:** Name, birth date, and issuing authority.
- Geschäftszeichen des Versorgungsamtes:** Issuing office code.
- Kennzeichnung in Braille-Schrift:** Braille marking.

The bottom version is a more detailed layout with fields for:

- Merkmale:** G, H, and a box for the grade of disability (GdB).
- Daten des schwerbehinderten Menschen:** Name, birth date, and issuing authority.
- Grad der Behinderung:** The GdB value (e.g., 100).
- Platz für sonstige Eintragungen:** Space for additional information.
- Gültigkeitsdatum:** Validity date.

Grad der Schädigungsfolgen (GdS)

Bundesversorgungsgesetz

- im sozialen Entschädigungsrecht Maßstab für die Beurteilung der Auswirkungen einer Schädigungsfolge auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Grad der Schädigungsfolgen zum Beispiel als Folge eines Arbeitsunfalls beim Militär oder bei militärähnlichen Diensten
- Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs.
- vorübergehende Gesundheitsstörungen (≤ 6 Monate) werden nicht berücksichtigt
- Angabe in Zehnerschritten von 10 - 100, nicht Prozent

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung

- Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens infolge eines Arbeits- oder Arbeitswegeunfalls oder einer Berufskrankheit
- Auswirkungen der Einschränkungen außerhalb des Erwerbslebens bleiben unberücksichtigt
- die tatsächliche Leistungserbringung bleibt außer Acht
- Feststellung der Höhe der MdE nach SGB VII nach unfallversicherungsrechtlicher Begutachtungsliteratur
- MdE ist für die verbliebenen Folgen jedes Versicherungsfalles gesondert festzustellen
- Angabe in Prozenten

Begriffliche Unterschiede

- MdE ab 50 % = Schwerverletzter
- GdS ab 50 = Schwerbeschädigter
- GdB ab 50 = Schwerbehinderter Mensch

Zusammenfassung

- kurz- oder langfristig (akut oder chronisch)
- Wer ist zuständig?
- allgemeingültig oder Erwerbstätigkeit betreffend
- „finale“ oder „kausale“ Betrachtungsweise
- „Was hat man davon?“
- „Kollision“
- Einheit oder Maßangabe

Fazit für Sozialmedizin

Sozialmedizinische Begriffe

- eine Unterscheidung zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung essentiell
- für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist der Grad der Behinderung unbedeutsam

Wissen

Einstellung

Handlungskompetenz

1.6 Gesetzliche Grundlagen zum Schutz von Sozialdaten

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Aufgaben der Rehabilitationseinrichtungen zum Schutz von Sozialdaten nennen.

Begründung

Das Sozialgesetzbuch X regelt unter Berücksichtigung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung das sozialrechtliche Verwaltungsverfahren, den Schutz der Sozialdaten, die Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger untereinander sowie ihre Rechtsbeziehungen zu Dritten. Es definiert die Voraussetzungen, unter denen Sozialdaten erhoben, gespeichert, verarbeitet, übermittelt und gelöscht werden dürfen und konkretisiert damit das Sozialgeheimnis. Unsicherheiten der Teilnehmenden im Umgang mit Sozialdaten bzw. persönlichen Daten der Rehabilitanden im Therapie- und Rehabilitationsalltag werden durch die Kenntnis der datenschutzrechtlichen Bestimmungen reduziert. Sie wissen, dass der Schutz der Gesundheitsdaten im Kontext der Durchführung der medizinischen Rehabilitation in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtungen liegt.

Inhalt

- sensible und schutzbedürftige personenbezogene Daten gemäß Art. 9 EU-Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO (§ 78 Abs. 1 und 2 SGB X)
- Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I)
- Schutz der Sozialdaten (§§ 67 ff. SGB X)
 - Eigenverantwortung der Rehabilitationseinrichtungen
 - Datenschutz beim Reha-Entlassungsbericht

Material

- Folien (siehe Seiten 63 - 83)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (30 Minuten), Diskussion (15 Minuten), berufsgruppenspezifische Fragen können ggf. im Modul 2 des Curriculums behandelt werden, in Modul 2 werden auch Dokumentationshilfen vorgestellt

Zeit circa 45 Minuten

Anmerkung

Berufsgruppenspezifische Informationen für Psychologen zum Umgang mit Sozialdaten und zur Kommunikation von psychologischen Daten im multiprofessionellen Team der medizinischen Rehabilitation können zum Beispiel im Reader Psychologie und Psychotherapie nachgelesen werden. Dieser kann auf der Internetseite www.reha-einrichtungen.de heruntergeladen werden.

Intro

- Die Rehabilitationseinrichtungen verarbeiten mit den Gesundheitsdaten von Versicherten besonders sensible und schutzbedürftige personenbezogene Daten gemäß *Art. 9 EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)*.
- Diese Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis nach § 35 *Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)*.
- Die Einrichtungen haben durch geeignete Maßnahmen die Beachtung der Rechte der Rehabilitanden zu gewährleisten.
- Dies gilt innerhalb der Einrichtungen wie auch für Kontakte mit Personen oder Stellen außerhalb.

Datenschutzrechtliche Grundlagen

- Für die DRV als Sozialleistungsträger gilt gemäß § 12 *SGB I in Verbindung mit § 23 SGB I* das Sozialgeheimnis.
- Konkret geregelt ist das Sozialgeheimnis in den Vorschriften zum Sozialdatenschutz (§ 35 *SGB I in Verbindung mit §§ 67 bis 85a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)*). Diese Normen regeln die Verarbeitung und Übermittlung der geschützten Daten.
- Daneben sind außerdem die Bestimmungen der DSGVO zu beachten.

Verantwortlichkeit

- Die Verantwortung für den vertraulichen und datenschutzkonformen Umgang mit den im Rahmen der Rehabilitation erhobenen Daten der Rehabilitanden liegt bei der Rehabilitationseinrichtung (*Art. 4 Nr. 7 DSGVO*).
- Zu diesem Zweck haben die Rehabilitationseinrichtungen einen aufgrund beruflicher Qualifikation und Fachwissen geeigneten Datenschutzbeauftragten zu benennen (*Art. 37 Abs. 1 Buchst. c DSGVO*). Die Benennung externer Personen als Datenschutzbeauftragte ist zulässig.
- Die Datenschutzbeauftragten sind dem Management berichtspflichtig und auf dem Gebiet des Datenschutzes weisungsfrei (*Art. 38 DSGVO*).

Schutzwürdige Patientendaten

- bei der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe fallen vielfältige personenbezogene Daten an
- **Definition:** Alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Ein gesteigerter Schutz gilt für medizinische Daten.
- in den Rehabilitationseinrichtungen unterscheidet man zwei Arten personenbezogener Daten:
 1. Sozialdaten *gemäß § 67 Abs. 2 SGB X*; dies sind Angaben, die von der DRV im Rahmen der Einweisung übermittelt werden
 2. medizinische Daten, die zur Erbringung der Leistungen zur Teilhabe und im Rahmen der ärztlichen Dokumentationspflicht erhoben werden

Medizinische Daten

- Medizinische Daten unterliegen besonderen Geheimhaltungspflichten. Verstöße dagegen sind nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unter Strafe gestellt.
- Darüber hinaus ist die Schweigepflicht in den ärztlichen Berufsordnungen der Ärztekammern bzw. anderer in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen geregelt.
- Das heißt: Ärzte und ihre berufsmäßig tätige Gehilfen sind verpflichtet, über das zu schweigen, was Ihnen die Rehabilitanden anvertraut haben.
- Zum Hilfspersonal gehören in der Medizin alle Mitarbeitenden, die den behandelnden Arzt in irgendeiner Funktion zuarbeiten, unter anderem Laborpersonal.

Zulässigkeit der Datenverarbeitung

Personenbezogene Daten von Rehabilitanden dürfen nur verarbeitet werden, wenn

- sie zur Durchführung von Präventionsleistungen, Teilhabeleistungen (insbesondere auch medizinische Rehabilitationsleistungen) oder Nachsorgeleistungen und zur Abrechnung mit der DRV erforderlich sind (*Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b BDSG*)
- oder
- die Versicherten ausdrücklich und freiwillig eingewilligt haben (*Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO i.V.m. Art. 7 DSGVO*)

Zulässigkeit der Datenverarbeitung

- Die Verarbeitung muss durch dem Berufsgeheimnis unterliegenden ärztlichem Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung erfolgen (*Art. 9 Abs. 3 DSGVO*).
- Jeder für die Datenverarbeitung Verantwortliche ist verpflichtet, ein Verzeichnis aller Verarbeitungstätigkeiten zu führen (*Art. 30 DSGVO*).
- Der Verantwortliche hat geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, durch die sichergestellt ist, dass die Datenverarbeitung zulässig und sicher erfolgt (*Art. 24 DSGVO, Art. 32 DSGVO*).
- Datenschutzverletzungen sind der Aufsichtsbehörde gegenüber meldepflichtig (*Art. 33 DSGVO*).
- Die DRV ist, sofern Versicherte von Datenschutzverletzungen betroffen sind, zu informieren.

Führen einer Rehabilitationsakte

- Die Rehabilitationseinrichtung ist im Rahmen der Rehabilitation zum Führen einer Akte über die Rehabilitanden verpflichtet (*§ 630 f BGB*).
- Dies kann in Papierform oder elektronisch erfolgen.
- In der Akte sind alle aus fachlicher Sicht für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse aufzuzeichnen (*insbesondere: Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien, Eingriffe, Arztbriefe etc.*).

Rechte der Rehabilitanden

- folgende, sich teilweise überschneidende Ansprüche stehen den Rehabilitanden zu
 - das Recht auf Information (*Art. 13, 14 DSGVO*)
 - das Recht auf Akteneinsicht (*§ 630 g BGB*)
 - das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten (*Art. 15 DSGVO*)
 - das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung von Daten (*Art. 16 – 18 DSGVO*)
 - das Recht auf Schadensersatz (*Art. 82 DSGVO*)
 - das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung von Daten (*Art. 21 DSGVO*)
 - Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde (*Art. 77 DSGVO*)

Transparenz- und Informationsrechte

- Aus Transparenzgründen besteht für Rehabilitationseinrichtungen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten gegenüber den Rehabilitanden die Pflicht, diese über die Verarbeitung der Daten zu informieren (*Art. 13, Art. 14 DSGVO*).
- Die Informationspflicht besteht nur bezüglich der Daten der Rehabilitanden, die in der Rehabilitationseinrichtung selbst erhoben wurden.

Auskunfts- und Einsichtsrechte

- Die Rehabilitanden haben das Recht, auf Verlangen und bei Darlegung rechtlicher Interessen Einsicht in die sie betreffenden Krankenunterlagen zu erhalten (*§ 10 Abs. 2 MBO-Ä, § 630g BGB*).
- Außerdem besteht ein kostenloses Auskunftsrecht über die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten sowie das Recht auf Überlassung einer Datenkopie (*Art. 15 DSGVO*).
- Das Einsichtsrecht bezieht sich auf sämtliche Daten unabhängig von der Art der Speicherung.
- Es sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wie auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betreffende Unterlagen umfasst.

Auskunfts- und Einsichtsrechte

- Zu schützen sind die Intim- und Privatsphäre anderer Beteiligter und unbeteiligter Dritter.
- Ein Akteneinsichtsrecht ist deshalb nicht zu gewähren, wenn berechnigte Interessen der Beteiligten oder dritter Personen an der Geheimhaltung entgegenstehen.

Definition „berechnigte Interessen“

Hierunter sind alle nach vernünftigen Erwägungen durch die Sachlage gerechnigten Interessen rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Natur (*z. B. Angaben über familiäre Zustände oder medizinische Daten Dritter*) zu verstehen.



Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung von Daten

- Den Rehabilitanden steht das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung ihrer Daten zu (*Art. 16, 17, 18 DSGVO*).
- Berichtigen bedeutet die inhaltliche Umgestaltung gespeicherter Daten (*Es geht bei der Berichtigung darum, unrichtige durch zutreffende Daten zu ersetzen*).
- Löschen ist das Unkenntlichmachen gespeicherter personenbezogener Daten durch Vernichtung der Daten oder des gesamten Datenträgers.
- Einschränken der Verarbeitung ist das Kennzeichnen von Daten, um ihre weitere Verarbeitung zu begrenzen oder nur mit Einwilligung des Rehabilitanden möglich zu machen.



Ein Praxisfall hierzu

- In der Praxis werden häufig Einwände gegen Tatsachenfeststellungen im Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung geltend gemacht.
- Wird die Richtigkeit personenbezogener Daten bestritten und lässt sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen, so ist die Verarbeitung der Daten einzuschränken.
- Bei Berechtigung der Einwände besteht ein Anspruch auf Berichtigung oder ggf. Löschung.

Merke:

Bei ärztlichen Wertungen besteht kein Berichtigungsanspruch!

Recht auf Schadensersatz bei Datenschutzverletzungen



- Entsteht durch unzulässige Verarbeitung personenbezogener Daten ein materieller oder immaterieller Schaden, so besteht ein Schadensersatzanspruch (*Art. 82 DSGVO*).
- „Unzulässig“ bedeutet ohne Einwilligung der Rehabilitanden oder ohne gesetzliche Erlaubnis.

Hinweis:

Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen der Rehabilitanden sind die Namen der behandelnden Ärzte oder sonstiger Verantwortlicher zu nennen, nicht jedoch deren Privatanschriften.

Übermittlung an die DRV



- Der Reha-Entlassungsbericht sowie die Stellungnahmen und Abschlussberichte der Einrichtungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dienen der Prüfung, ob weitere Leistungen erbracht werden müssen (z. B. *stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben*).
- Außerdem wird anhand dieser Unterlagen die Umdeutung des Antrags auf medizinische Rehabilitation in einen Rentenanspruch geprüft (§ 116 SGB VI).
- Die Dokumentation des Krankheitsverlaufes, des Aufnahmebefundes, der Diagnostik, der therapeutischen Maßnahmen und das Ergebnis sind für die Aufgabenerfüllung der DRV erforderlich und dürfen ohne Einwilligung der Rehabilitanden an die DRV übermittelt werden.
- Rechtsgrundlage hierfür ist hinsichtlich der Sozialdaten § 78 Abs. 1 SGB X, hinsichtlich der sonstigen personenbezogenen Daten (*medizinische Daten*) Art. 6 Abs. 1 Buchst. b i. V. m. Art. 9 Abs. 2 Buchst. h und Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 22 BDSG und 78 SGB X.



Übermittlung medizinischer Daten

- Aus dem Recht auf informelle Selbstbestimmung leitet sich das Recht auf Aushändigung bzw. Übersendung der Dokumentation der Präventionsleistung, des **REHA-ENTLASSUNGS-BERICHTES**, der absolvierten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder der Nachsorge Dokumentation ab.
- Außerdem dürfen medizinische Daten der Rehabilitanden*innen unter bestimmten Voraussetzungen an andere Personen und Stellen übermittelt werden.

Übermittlung an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)



- Die Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes (*inklusive Blatt 1a und 1b*) oder sonstiger Abschlussberichte an den MDK ist zulässig, wenn der MDK das Vorliegen der Einwilligung der Rehabilitanden bestätigt (§ 67 d Abs. 1 Satz 2 SGB X).
- Die Vorlage der Einwilligung ist nicht erforderlich.
- Der MDK trägt die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben in dem Ersuchen (§ 67 Abs. 1 Satz 2 SGB X).
- Fordern Krankenkassen medizinische Unterlagen für den MDK an, so erfolgt dies im Rahmen des Mitteilungs-Management-Verfahrens (*MiMa*) direkt an den MDK und ebenfalls nur bei bestätigtem Vorliegen der Einwilligung der Rehabilitanden.

Erfordernis der Einwilligung der Rehabilitanden



- Krankenkassen und MDK vertreten oftmals die Ansicht, medizinische Daten seien auch ohne vorherige Einwilligung der Rehabilitanden an sie zu übermitteln.
- Sie stützen sich dabei auf §§ 276 Abs. 2 und § 275 SGB V.
- Im Ergebnis kann dem nicht gefolgt werden, denn:
 - § 276 SGB V regelt nur das Verfahren, enthält aber keine Regelung zur Zulässigkeit der Datenübermittlung
 - Rehabilitationseinrichtungen sind keine Leistungserbringer im Sinne des SGB V. Hierunter fallen nur Personen und Einrichtungen, die zu Lasten der Krankenkassen medizinische Leistungen nach dem SGB V erbringen

Übermittlung an Krankenkassen



- Die Einrichtung darf den gesetzlichen Krankenkassen bei von diesen bestätigtem Vorliegen der Einwilligung der Rehabilitanden Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes übermitteln.
- Die Übersendung des vollständigen Entlassungs- und Abschlussberichtes ist ausnahmsweise dann zulässig, wenn die Krankenkassen den vollständigen Bericht ausdrücklich zur eigenen gesetzlichen Aufgabenerledigung nach § 44 Abs. 4 i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz Nr.16 SGB V anfordern und das Vorliegen einer Einwilligung der Rehabilitanden bestätigen.
- Angaben zur aktuellen und geplanten Behandlung sowie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, die noch während der laufenden Leistungen zur Rehabilitation von Krankenkassen erfragt werden, dürfen nur mit Einwilligung übermittelt werden.

Übermittlung an öffentliche Stellen

- Ebenfalls nur mit durch die anfragende Stelle bestätigter schriftlicher Einwilligung der Rehabilitanden dürfen Auskünfte über medizinische Daten an
 - Stellen des öffentlichen Bereiches wie Sozialleistungsträger mit Ausnahme der Krankenkasse
 - andere öffentliche Stellen oder Behörden (z. B. Gesundheitsämter, Gerichte, berufsständische Versorgungseinrichtungen)übermittelt werden.

Dies gilt auch für vollständige Entlassungs-, Abschlussberichte oder sonstige Stellungnahmen oder Beurteilungen.

Übermittlung an private Stellen oder Personen

private Stellen oder Personen sind z. B.

- Kranken-, Lebens-, Unfallversicherungsunternehmen
- Rechtsanwälte
- Arbeitgeber
- Sozialberater, Suchtberatungsstellen
- aber auch Ehegatten, Verwandte oder Bekannte

In diesen Fällen ist die Vorlage einer auf den konkreten Einzelfall bezogenen schriftlichen Einwilligung erforderlich, die höchstens 12 Kalendermonate alt sein sollte.

Vollmacht

- Bei Vorliegen einer schriftlichen Vollmacht sind die Bevollmächtigten so zu stellen, als hätten Rehabilitanden selbst um Auskunft ersucht.

Merke:

Auch bei Ehegatten und Verwandten in gerader Linie kann eine Bevollmächtigung/Vollmacht nicht ohne weiteres unterstellt werden.

Empfehlung:

Sind Anwälte als Bevollmächtigter eingeschaltet, sollte sich die Einrichtung bei Übermittlung medizinischer Daten außer der Vollmacht auch eine Schweigepflichtentbindung vorlegen lassen.

Umgang mit Entlassungsberichten Minderjähriger

- Minderjährigen ab dem 15. Lebensjahr wird Handlungs- und Einsichtsfähigkeit unterstellt. Daraus folgt:
 - Für Minderjährige, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen die Erziehungsberechtigten Erklärungen zum Entlassungsbericht, zu Abschlussberichten und Beurteilungen unterschreiben.
 - Minderjährigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sind berechtigt, über ihre Daten frei zu verfügen und Erklärungen hierzu selbst zu unterschreiben.

Ausnahme:

Es bestehen Zweifel an der Handlungs- und Einsichtsfähigkeit. In diesen Fällen sind die für die behandelnden Ärzte bestimmten Unterlagen mit entsprechender Begründung an die DRV zu senden.

Aufbewahrung und Vernichtung von Unterlagen



- Für medizinische Unterlagen sind die Aufbewahrungsfristen von der ärztlichen Leitung festzulegen.
- Grundsätzlich sind personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen oder zu vernichten, sobald sie zur ursprünglichen Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigt werden.
- Dabei gelten für ärztliche Unterlagen grundsätzlich 10 Jahre (§ 10 MBO-A, § 630 f BGB).
- Unterlagen, die nicht mehr benötigt werden, aber noch nicht vernichtet werden dürfen, sind bis zur endgültigen Vernichtung in einem dafür vorgesehenen Archiv zu lagern.
- Das Archiv ist stets verschlossen zu halten und darf nur für Archivzwecke von Unterlagen von Rehabilitanden genutzt werden.
- Vorgaben zur Datensicherheit (z. B. Brandschutz) sind einzuhalten.

Dokumentation der Krankengeschichte/Patientenakte



- Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten sind gemäß § 630 f BGB sowie nach den einschlägigen Berufsordnungen persönlich für die Dokumentation der Rehabilitandendaten verantwortlich.
- Während der laufenden Rehabilitation sind die Dokumentationen aller Berufsgruppen (*siehe oben*) allen an der Rehabilitation beteiligten Teammitgliedern zugänglich zu machen. Dies ergibt sich aus § 630 h BGB.
- Es ist auf die Vollständigkeit der Behandlungsakte zu achten. Dies ist auch aus haftungsrechtlichen Gründen, etwa im Hinblick auf Schadensersatzansprüche, im Nachgang der Rehabilitation, erforderlich (§ 630 h BGB).

Insolvenz/Geschäftsaufgabe einer Reha-Einrichtung



- Grundsätzlich gelten die gesetzlichen Verpflichtungen zur Wahrung des Datenschutzes auch nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder der Schließung einer Einrichtung.
- Mit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens geht das Verwaltungs- und Verfügungsrecht über das Vermögen auf den Insolvenzverwalter über § 80 Insolvenzordnung (InsO).
- Solange der Betrieb aufrechterhalten wird, ist die Aufbewahrung der Unterlagen zu gewährleisten.
- Nach Aufhebung bzw. Einstellung des Insolvenzverfahrens ist der Insolvenzverwalter nicht mehr verpflichtet, die Unterlagen der Rehabilitanden bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfristen sicherzustellen.

Problem:

Wie wird die Aufbewahrung der Unterlagen gewährleistet, wenn nach Schließung einer Einrichtung weder Mittel für die Aufbewahrung noch juristisch Verantwortliche vorhanden sind?

Wichtig:

Die DRV ist über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu informieren!

Handlungsempfehlungen für organisatorische Maßnahmen



- Bei der Erfassung und Pflege von Daten ist -schriftlich festgelegt- auf eine klare Trennung zwischen Tätigkeiten der Patientenverwaltung, denjenigen des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals, des medizinischen Schreibdienstes und anderen Verwaltungstätigkeiten zu achten.
- Diensträume und Aktenschränke, in denen sich Unterlagen der Rehabilitanden befinden, sollten verschlossen gehalten werden, wenn sich im Raum kein verantwortlicher Mitarbeiter befindet.
- Sicherung von PC`s und Akten gegen Einsicht durch Unbefugte.
- Trennung des medizinischen Teils und des Verwaltungsteils der Bewilligungsunterlagen.
- Im Fragebogen zur Aufnahme bzw. Vorbereitung der Behandlung ist darauf zu achten, dass nur tatsächlich benötigte Daten abgefragt werden. Auf die Freiwilligkeit der Angaben ist deutlich sichtbar hinzuweisen.

Weitere Handlungsempfehlungen

- Schriftliche Benachrichtigungen der Rehabilitanden gehören möglichst in ein Postfach.
- Ansonsten ist darauf zu achten, dass Nachrichten verschlossen sind und sie nicht von anderen Rehabilitanden oder Mitarbeitenden der Einrichtung eingesehen werden können.
- Die Weitergabe von Daten der Rehabilitanden an Mitrehabilitanden oder Besucher (z. B. *Anschrift, Telefon- oder Zimmernummer*) darf nur mit Einwilligung erfolgen.
- Interne Weitergabe von Unterlagen, z. B. an andere Abteilungen, sollte möglichst persönlich erfolgen. Bei Transporten durch Botendiensten ist darauf zu achten, dass die Unterlagen nicht einsehbar sind.
- Klebeetiketten sind nur mit den für den jeweiligen Verwendungszweck unbedingt erforderlichen Daten zu versehen.

Weitere Handlungsempfehlungen

- Kurkarten dürfen nur die notwendigen Daten wie Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Ankunfts- und Abreisetag und die Unterschrift der Karteninhaber enthalten.
- Untersuchungen sind einzeln und somit nicht in Gegenwart von anderen Rehabilitanden vorzunehmen.
- Nicht abschließbare Visitenwagen mit Krankenunterlagen dürfen nicht unbeaufsichtigt bleiben.
- Für Übergabebücher oder sonstige Dokumentationslisten sollten kurze Aufbewahrungsfristen festgelegt sein.
- Aufzeichnungen über Speiseanforderungen mit Diagnosen sind verschlossen aufzubewahren.
- Tischkarten sollten nur die notwendigsten Angaben enthalten, die Zimmernummer ist ausreichend.
- Therapiepläne und ärztliche Verordnungen dürfen vom Therapeuten nicht im Wartebereich zurückgelassen werden.

Weitere Handlungsempfehlungen

- Medizinische Unterlagen sind nicht zusammen mit Abrechnungsunterlagen und Belegen für die Finanzbuchhaltung aufzubewahren.
- Papierabfälle mit personenbezogenen Daten müssen in besonders gekennzeichneten Behältnissen entsorgt und in einer Schredderanlage vernichtet werden. Bei der Vernichtung ist die DIN 66399 mit den darin geregelten verschiedenen Schutzklassen zu beachten.
- Bilder und Fotos für die elektronische Akte oder im Rahmen der Rehabilitation dürfen nur mit Einwilligung abgelegt werden.

Fragebogen bei Anreise

- Bei Fragebögen zur verwaltungsmäßigen Aufnahme bzw. zur Vorbereitung der weiteren Behandlung vor Anreise oder bei Ankunft ist sorgfältig darauf zu achten, dass nur die tatsächlich erforderlichen Daten erfragt oder die Rehabilitanden auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben hingewiesen werden.
- Der Hinweis auf die Freiwilligkeit sollte deutlich kenntlich gemacht werden (z. B. *durch Fettdruck*).
- Gleiches gilt für Fragebögen zu Beginn der Rehabilitation.
- Außerdem sind die Rehabilitanden nach *Art. 13 DSGVO* zu informieren.

Nutzen von Wearables und Apps zur Verarbeitung medizinischer Daten



- Mit Einwilligung der Rehabilitanden ist es zulässig, medizinische Daten zur Durchführung von Teilhabeleistungen und zur Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht auch mittels des Einsatzes von Wearables und Gesundheits-Apps zu verarbeiten.
- Die Einwilligung unterliegt strengen Transparenzanforderungen, d. h. sie muss freiwillig, informiert, ausdrücklich und nachweislich abgegeben sein (*Art. 7 DSGVO*).
- Die Rehabilitanden sind über den Verantwortlichen, die Art, den Umfang und die Zwecke der Verarbeitung ihrer Daten allgemein verständlich zu unterrichten (*Art. 13, 14 DSGVO*).
- Auch darüber, an wen die Daten weitergeleitet werden, sind die Rehabilitanden vollumfänglich zu unterrichten.
- Sie haben das jederzeitige Recht, Auskunft über die gespeicherten Daten zu verlangen (*Art. 15 DSGVO*).

Nutzen von Wearables und Apps zur Verarbeitung medizinischer Daten



- Zum Schutz vor unberechtigten Zugriffen sind sowohl auf dem Endgerät der Nutzer als auch bei Übermittlung der Daten zum Anbieter oder zu anderen berechtigten Dritten für den Übertragungsweg und den Speicherort Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.
- Die Maßnahmen sind in einem Sicherheitskonzept zu beschreiben (*Art. 5 Abs. 2 DSGVO*).
- Der Zugriff ist deshalb mit einer gesonderten Authentifizierung zu versehen.
- Die auf dem Endgerät gespeicherten Daten sind verschlüsselt abzulegen, um diese bei einem Geräteverlust vor dem Zugriff Unbefugter zu schützen.
- Leiten Betreiber von Wearables oder Apps personenbezogene Nutzungsdaten an andere Stellen weiter, sind sie für die Datenweitergabe verantwortlich.

Achtung:

Wearables und Apps im Arzt-Patienten-Verhältnis dürfen nur mit Einwilligung der Rehabilitanden genutzt werden.



Informationstechnik (IT)

- Viele Arbeitsprozesse im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden elektronisch (*digital*) gesteuert.
- Um die Prozesse datenschutzgerecht und sicher zu gestalten, wird empfohlen, sich an den Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zu orientieren.
- Sie finden sich als Download im Internet unter:
www.bsi.bund.de

Nicht vernetzte medizinische Geräte (Stand-alone-PC)



- Die Geräte sind mit einem laufend zu aktualisierenden Virenschutz und einem Passwortschutz zu belegen.
- Bei Internetanschluss ist ein zusätzliches Passwort für den Internetzugang zu vergeben.
- Auf die Geheimhaltung der Passwörter ist zu achten.
- Der Betrieb des IT Systems und der Zugriff auf die Datenbestände ist nur hierzu berechtigten Mitarbeitenden zu ermöglichen.

IT in Diagnostik und Therapie

- Im Diagnostik- und Therapiebereich werden verschiedene medizinische Geräte eingesetzt, die personenbezogene Daten von Rehabilitanden wie auch von Beschäftigten speichern.
- Hier muss nachvollzogen werden können, wer welche Eingaben am jeweiligen Gerät getätigt hat. Das Passwort sollte regelmäßig gewechselt werden.
- Die auf den medizinischen Geräten gesammelten Daten sollten regelmäßig -in der Regel nach drei Kalendermonaten- gelöscht werden.

Internetterminals für Rehabilitanden

Bei Bereitstellung von Internetterminals für Rehabilitanden müssen die in § 5 *Telemediengesetz* geregelten allgemeinen Informationspflichten beachtet werden.

Dazu gehören insbesondere Hinweise

- auf Betreiber,
- die Kontaktadresse,
- Telefonnummern,
- E-Mail Anschrift.

Zugriffsschutz und Berechtigung

- EDV-gestützte Anwendungen sind jeweils gegen unberechtigte Zugriffe zu schützen.
- Die Zugriffsberechtigung ist je nach Aufgabengebiet festzulegen, d. h. nur diejenigen, die mit der jeweiligen Aufgabe betraut sind, sollten Zugriff haben.
- Der Zugriff sollte auf das erforderliche Maß an Daten beschränkt werden (*Art. 32 DSGVO*).
- Das gilt insbesondere für die elektronische Patientenakte.
- Hier ist neben einem Rechte- und Rollenkonzept auch das Trennungsgebot zwischen Verwaltung und Medizin sowie innerhalb der beiden Bereiche bei den jeweiligen Zugriffsrechte zu achten.

Übermittlung personenbezogener Daten per E-Mail/DeMail

- Die Übermittlung personenbezogener und insbesondere medizinischer Daten per unverschlüsselter E-Mail über das Internet ist grundsätzlich nicht erlaubt.
- Dies gilt auch für die Korrespondenz mit Krankenkassen, behandelnden Ärzten oder Krankenhäusern, und zwar auch dann, wenn die Rehabilitanden sich damit einverstanden erklären.
- Die Übermittlung mit TLS-Verschlüsselung kann für personenbezogene Daten bzw. Sozialdaten verwendet werden, nicht jedoch für medizinische Daten.
- Per DeMail können auch personenbezogene Daten versandt werden.
- Bei besonders sensiblen medizinischen Daten ist dieser Übertragungsweg nur dann zu nutzen, wenn zusätzlich eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung besteht.

Fazit für Sozialmedizin

Datenschutz

- der Rehabilitand bekommt seinen Reha-Entlassungsbericht ausgehändigt und hat ein Recht auf Akteneinsicht
- der Reha-Entlassungsbericht darf nur mit Einverständnis des Rehabilitanden Dritten zur Verfügung gestellt werden
- der Rentenversicherung wird der Reha-Entlassungsbericht ohne weitere Zustimmung des Versicherten zugeleitet, wenn dem nicht aktiv widersprochen wird
- es sollen nur die Daten erhoben und dokumentiert werden, die zur Erfüllung des Rehabilitationsauftrages notwendig sind

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

1.7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Voraussetzungen, die Ziele und Inhalte der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) benennen.

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 informiert werden. Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über das LTA-Leistungsangebot, die Voraussetzungen zum Erhalt einer solchen Leistung und die Beratungsmöglichkeiten für Versicherte und Arbeitgeber. Sie werden zu einem unterstützenden und zielorientierten Umgang mit den Rehabilitanden befähigt.

Inhalt

- Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 10, 11 und 12 SGB VI)
 - persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen
 - Ausschluss von Leistungen
- Ziele der LTA
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz
 - Eingliederungs- und Qualifizierungsmaßnahmen
 - Leistungen an Arbeitgeber
- Rehabilitationsberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung
- Firmenservice Rehabilitation
- Betriebliches Eingliederungs-Management (BEM)

Material

- Folien (siehe Seiten 85 - 92)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (30 Minuten), Diskussion (10 Minuten)

Zeit circa 40 Minuten

Anmerkung

§ 14 SGB IX fristenabhängige Zuständigkeitserklärung: regelt die Gewährleistung, dass Leistungsberechtigte möglichst rasch die erforderliche Leistung erhalten. Dabei ist es egal, wo der Antrag vom Versicherten eingereicht wird. Die zeitaufwändige Klärung der Zuständigkeiten geht nicht mehr zu Lasten des Versicherten.

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 („Reha statt Rente“) oder
- wenn ohne LTA Rente zu leisten wäre („Reha vor Rente“) oder
- wenn LTA unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Reha erforderlich ist (*Vermeidung Trägerwechsel*)

§ 12 SGB VI Ausschluss von Leistungen

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

- der erstangegangene Träger hat innerhalb von 14 Tagen seine Zuständigkeit zu prüfen (§ 14 Abs. 1)
- ist er insgesamt unzuständig, muss er innerhalb dieser Frist an den nach seiner Auffassung zuständigen Träger weiterleiten (§ 14 Abs. 2)
- ist auch der 2. Träger insgesamt unzuständig, kann er im Einvernehmen mit dem seiner Auffassung nach zuständigen Träger an diesen weiterleiten (§ 14 Abs. 3)
 - alle Fristen laufen für den Übernehmenden ab Antrag weiter!
- sonst hat der zweitangegangene Träger in der Sache anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX zu entscheiden
 - die gleiche Verpflichtung hat der nicht weiterleitende erstangegangene sowie der übernehmende Träger

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 15 SGB IX Leistungsverantwortung bei mehreren Rehaträgern

- enthält der Antrag neben eigenen Reholeistungen des leistenden Trägers weitere Leistungen zur Teilhabe anderer Rehaträger, für die der Leistende nicht Rehaträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich an den nach seiner Auffassung zuständigen Träger weiter (Abs. 1)
 - *Rechtfolge:* der 2. Träger entscheidet in eigener Zuständigkeit
- kann der leistende Träger für die nicht in seiner Zuständigkeit liegenden weiteren Leistungen zur Teilhabe selbst Rehaträger sein, fordert er von weiteren Rehaträgern die für den Teilhabeplan erforderlichen Feststellungen an – die Feststellungen binden den leistenden Träger bei seiner Entscheidung über den Antrag (wenn sie innerhalb der Fristen eingegangen sind)
 - *Rechtfolge:* der 1. Träger entscheidet in eigener Zuständigkeit über den gesamten Antrag – auch bei Leistungen anderer Träger

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 18 SGB IX Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

- kann nicht innerhalb einer Frist von 2 Monaten ab Eingang bei leistenden Träger entschieden werden, ist vorher eine begründete Mitteilung über die Gründe abzugeben
- es ist darin auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann entschieden wird und die Frist kann nur für die Sachverständigenbeauftragung bei beschränkter Verfügbarkeit, bei verzögerter Begutachtung nach Bestätigung durch Sachverständigen oder bei fehlender Mitwirkung verlängert werden
- ansonsten tritt Genehmigungsfiktion ein
- bei Beschaffung durch den Leistungsberechtigten erfolgt Erstattung
- Ausschluss der Erstattung, wenn kein Anspruch auf die Bewilligung bestanden hätte und die Leistungsberechtigten dies wussten oder infolge grober Außerachtlassung der allg. Sorgfalt nicht wussten

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!
- neu durch Flexirentengesetz § 10 Abs. 1 Nr. 2c SGB VI:
„ein anderer in Aussicht stehender AP erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen nicht möglich ist“
- für LTA ist der Bezugsberuf des Versicherten entscheidend
 - grundsätzlich letzte versicherungspflichtige Tätigkeit
 - wenn von gewisser Dauer und gewissem Umfang
 - sonst Tätigkeit, die die letzten Jahre geprägt hat
 - es ist auf das gesamte Berufsbild abzustellen
 - außer Acht lassen von unüblichen Ausprägungen am Arbeitsplatz

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ § 19, 20 SGB IX Teilhabeplan, Teilhabeplankonferenz

- soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Reha-träger erforderlich sind, ist der leistende Rehaträger dafür verantwortlich, im Benehmen mit den weiteren beteiligten Trägern die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen nahtlos ineinandergreifend festzustellen
- Teilhabeplan wird entsprechend dem Verlauf angepasst
- mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann eine Teilhabeplankonferenz durchgeführt werden, gemäß § 23 Abs. 2 SGB IX ist eine Einwilligung gemäß § 67b Abs. 2 SGB X einzuholen
- jeder Beteiligte kann eine solche vorschlagen
 - von diesem Vorschlag kann abgewichen werden, wenn der Rehabedarf schriftlich ermittelt, der Aufwand nicht in angemessenem Verhältnis zur beantragten Leistung oder die Einwilligung § 23 Abs. 2 SGB IX nicht vorliegt

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

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz**
 - technische Arbeitshilfen
 - Hilfsmittel zur Berufsausübung, Zahnersatz (*med. Reha § 15 SGB VI*)
 - Kraftfahrzeughilfe
 - Wohnungshilfe
- **Eingliederungsmaßnahmen/Hilfen zur Arbeitsaufnahme**
 - Umzugskostenbeihilfe, Fahrkostenbeihilfe, Übergangsbeihilfe
 - Bewerbungskosten
 - Arbeitsplatzassistenz
 - 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

- **Qualifizierungsmaßnahmen**
 - Weiterbildung (*betrieblich oder überbetrieblich*)
 - Fortbildung
 - kürzere Anpassungslehrgänge
- **ergänzende Leistungen § 64 ff. SGB IX**
 - Übergangsgeld
 - Reisekosten
 - Haushaltshilfe
- **sonstiges**
 - Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
 - Werkstatt für behinderte Menschen § 56 ff. SGB IX
 - unterstützte Beschäftigung § 55 SGB IX

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**



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Rehabilitationsberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung Bund

- umfassende Maßnahmen zur Wiedereingliederung sind erforderlich (*Information durch Reha-Einrichtung*)
- nimmt bei Bedarf schon während der medizinischen Rehabilitation Kontakt zu Rehabilitanden auf
- prüft mögliche Unterstützung bei wiederholter Verlängerung der stufenweisen Wiedereingliederung
- berät Leistungsberechtigte umfassend in berufs-, arbeitskundlichen und sozialen Fragen
- führt vor Ort die Ermittlungen zur Einleitung und Durchführung von LTA
- koordiniert die Zusammenarbeit der am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung

Beratungsangebote für Arbeitgeber zu den Themen:

- **gesunde Mitarbeiter**
- **Rente und Altersvorsorge**
- **Beiträge und Sozialversicherung**

bundesweit, unabhängig, persönlich und kostenlos

Fragen und Terminvereinbarung unter Telefon: **0800 1000 453**
oder per Email: firmenservice@deutsche-rentenversicherung.de

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung Bund

Beratungsangebote zum Thema „Gesunde Mitarbeiter“

Ziele:

- frühzeitige Identifizierung von Rehabilitationsbedarfen
- Aufzeigen von Unterstützungsangeboten für leistungsgewandelte Mitarbeiter
- Unterstützung bei der Wiedereingliederung von langzeiterkrankten Beschäftigten
- Vernetzung der Akteure im Reha-Prozess und Lotsenfunktion

- Ansprechpartner vor Ort sind die Rehabilitationsberater

- Ansprechpartner in Berlin: Tel.: 030 865-82809, Fax: 030-865-7941007

Email: arbeitgeberservice-rehabilitation@drv-bund.de

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“



Fazit für Sozialmedizin

Leistungen zur Teilhabe

- Leistungen zur Teilhabe sollen bei Bedarf möglichst zeitnah vermittelt werden, hier hat der Gesetzgeber Regelungen für die Abstimmung zwischen den Sozialversicherungsträgern geschaffen
- es gibt verschiedene Formen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- die Rentenversicherung stellt zu den Teilhabeleistungen Beratungsdienste für Arbeitgeber und Versicherte zur Verfügung



Ausblick Modul 2

Leistungen zur Teilhabe

- Für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen wird das Thema der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Perspektive und Erfahrungen eines Reha-Beraters und Berufskundlers ergänzt
 - Modul 2d: Beiträge der Sozialen Arbeit zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

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

1.8 Berufskunde im Rentenverfahren

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Rolle des Reha-Entlassungsberichtes, inklusive der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, bei Entscheidungen im Rentenverfahren erläutern.

Begründung

Wenn eine Rehabilitationsmaßnahme nicht zum Erfolg führt, abgebrochen wird oder der Gesundheitszustand des Rehabilitanden sich weiter verschlechtert, dann wird in vielen Fällen eine Entscheidung im Rentenverfahren angestrebt. Der berufskundliche Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund prüft und beurteilt in diesem Zusammenhang unter anderem die Ansprüche auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Des Weiteren beurteilt er, ob in diesem Zusammenhang Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen. Dabei sind Informationen aus dem Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtungen eine wichtige Entscheidungsgrundlage. Die Teilnehmenden lernen, dass der Reha-Entlassungsbericht Grundlage für verschiedene sozialmedizinisch relevante Entscheidungen ist, und können die Bedeutung der im Reha-Entlassungsbericht erforderlichen Informationen besser nachvollziehen.

Inhalt

- berufskundliche Aspekte der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- allgemeiner Arbeitsmarkt
- Teilzeitarbeitsmarkt
- Sonderfälle
- Berufsunfähigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 94 - 102)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (30 Minuten), Diskussion (10 Minuten)

Zeit circa 40 Minuten

Nach der Entlassung aus der Reha-Klinik

entweder

- ist die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt oder
- Patient verlässt die Klinik arbeitsunfähig

Frage:

Liegt Erwerbsminderung vor? (AU ohne EM möglich)

Falls Erwerbsminderung vorliegt:

- in welchem Ausmaß und
- mit welcher Rechtsfolge?

Anwendung der Berufskunde im Rentenverfahren

Drei Bezugspunkte zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit:

- konkreter Arbeitsplatz (AU? – KV? – LTA?)
- Beruf (vor 1961 geboren? – teilweise EM bei Berufsunfähigkeit)
- allgemeiner Arbeitsmarkt (volle oder teilweise EM)

Der allgemeine Arbeitsmarkt

Ein unkonkreter Rechtsbegriff

- 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

Der allgemeine Arbeitsmarkt

Die abstrakte Betrachtungsweise

- kann nur durch Negativabgrenzung konkretisiert werden
- Ausschluss von Sonderbereichen
- ansonsten gehören alle körperlich leichten und geistig einfachen Tätigkeiten dazu
- Mangel an offenen Arbeitsstellen oder regionale Verfügbarkeit von Arbeitsstellen unbeachtlich
- Risikotrennung zwischen Arbeitslosen- und Rentenversicherung

Der Teilzeitarbeitsmarkt

Die konkrete Betrachtungsweise bei 3 bis unter 6 Stunden

- Leistungsfähigkeit von 3 bis unter 6 Stunden führt zur teilweisen Erwerbsminderung
- falls kein leistungsgerechter Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung steht oder ein solcher nicht vermittelt werden kann, besteht Anspruch auf **Rente wegen voller Erwerbsminderung** aufgrund des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes
- Rentenversicherung trägt dann doch das Vermittlungsrisiko auf einen passenden Arbeitsplatz

Der allgemeine Arbeitsmarkt

Die üblichen Bedingungen

- **Arbeitszeit:**
mind. 6 h + max. 30 min Pause möglich
- **Wegefähigkeit:**
tägl. 4 x > 500 m in < 20 min oder Pkw o. ä. steht zur Verfügung
- **Kontinuität:**
„gewisse Regelmäßigkeit“ bzw. < 26 Wochen im Jahr arbeitsunfähig
- **Vorhandensein von Arbeitsplätzen:**
in nennenswerter Anzahl = 300 Arbeitsplätze bundesweit

Sonderfälle

die dennoch (LV > 6 h) die Benennung einer konkreten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes erforderlich machen

- Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder
- schwere spezifische Leistungsbehinderung
(*derzeit ca. 10 Fallkonstellationen in BSG-Urteilen*)

Juristische Einschätzung, die anhand des sozialmedizinischen Leistungsbildes getroffen wird und im Sozialgerichtsverfahren angegriffen werden kann.

Berufsunfähigkeit

wichtig für Versicherte, die vor 02.01.1961 geboren wurden

bisheriger Beruf = letzte versicherungspflichtige Tätigkeit

Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
(Sozialanamnese):

- Tätigkeitsbezeichnung
- Qualifikationsanforderungen (*Ausbildung erfolgreich absolviert?*)
- physische und psychische Anforderungsmerkmale
- Einordnung in das betriebliche Gefüge (*Weisungsbefugnisse gegenüber Facharbeiter?*)
- berufliche Entwicklung (*tabellarischer Lebenslauf?*)
- Gesundheitsbedingte Aufgabe einer höherqualifizierten Tätigkeit?
(*jetzt Pförtner, aber früher Bäckermeister mit Mehlstauballergie*)

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 Rechtsprechungsprechung (*Urteile*), Berichte über Arbeitsplatzerkundungen oder Sachverständigenaussagen
- Hinweise auf mögliche Einschränkungen, die einer Verweisung ggf. entgegenstehen könnten

Deutsche Rentenversicherung Bund

Der Berufsgruppenkatalog (Rechtshandbuch)

<https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de> → rvRecht

Deutsche Rentenversicherung
rvRecht® - Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung

Suchbegriff

rvRecht

Sie Informationen zu den gemeinsamen Grundlagen des Handelns der Träger der Deutschen Rentenversicherung. Dazu gehören gemeinsamen Rechtlichen Anweisungen (GRA).

In die Grundsätze zur Anwendung und Auslegung des Rechts auf dem Gebiet der gesetzlichen Rentenversicherung. Außerdem wird Ihnen eine Auswahl an Gesetzen zur Verfügung gestellt, die für die Deutsche Rentenversicherung von Bedeutung sind.

Allgemeine Themen

- Aktuelle Werte - Tabelle zur Anhebung der Altersgrenzen - Urteile
- Broschüren und Formulare (Vordrucke) finden sie auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung.

GRA-Übersichten (Gemeinsame Rechtliche Anweisungen)

- ._SGB - Europa- und Vertrags- und Sonstigen Vorschriften
- ._SGB I - SGB IV - SGB VI - SGB IX - SGB X - FRG/FANG

Gesetze und Verträge (Übersichten)

- ._SGB I - SGB IV - SGB VI - SGB IX - SGB X
- ._Europarecht - Einzelne Länder

Alle Fragen rund um die Themen Versicherung, Rehabilitation und Rente können Sie über folgendes Kontaktformular stellen: [Zum Kontaktformular](#)

Haben Sie technische Fragen in Zusammenhang mit der Anwendung rvRecht®? Dann wenden Sie sich bitte per E-Mail an: rvRecht@drv-bund.de

Unmittelbare Rechtsansprüche können aus den Dokumenten nicht hergeleitet werden. Die Verwendung des Inhalts für gewerbliche Zwecke ist nicht gestattet.

© Deutsche Rentenversicherung - 2020 | Impressum | Datenschutz | Erklärung zur Barrierefreiheit | Barriere melden | Leichte Sprache 20.08.002

Deutsche Rentenversicherung Bund

Der Berufsgruppenkatalog (Rechtshandbuch)

rvRecht -> GRA Sonstige -> Berufsgruppenkatalog

Deutsche Rentenversicherung
rvRecht® - Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung

Suchbegriff

rvRecht

Startseite > rvRecht > GRA Sonstige > Berufsgruppenkatalog > Berufsgruppen

Zusätzliche Informationen ausblenden

Berufsgruppenkatalog

Berufsgruppen

Berufsgruppen

Resultate 1 bis 10 von insgesamt 10 Treffer pro Seite: 10 50 100

- Gruppe 0: Allgemeiner Arbeitsmarkt - Tätigkeiten im gewerblichen und industriellen Bereich
- Gruppe I: Bau- und Holzberufe
- Gruppe II: Ernährung und Gastgewerbe
- Gruppe III: Gesundheitswesen und Körperpflege
- Gruppe IV: Metall- und Elektroberufe
- Gruppe V: Sozialpflege und Erziehung
- Gruppe VI: Verkauf und Kundenberatung
- Gruppe VII: Wirtschaft und Verwaltung
- Gruppe VIII: Darstellende Kunst und Musik
- Gruppe IX: Verkehr und Logistik

© Deutsche Rentenversicherung - 2020 | Impressum | Datenschutz | Erklärung zur Barrierefreiheit | Barriere melden | Leichte Sprache 20.08.002

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

The screenshot displays the homepage of the website www.berufenet.de. At the top, there is a navigation bar with the logo of the Deutsche Rentenversicherung Bund and the text 'BERUFENET'. Below the navigation bar, there is a search bar with the text 'Finden Sie ausführliche Berufsinformationen' and a search button labeled 'SUCHEN'. To the right of the search bar, there is a notification box titled 'Neues in BERUFENET' and a section titled 'Aktuelles' with a date '03.01.2017' and a headline 'Regierung: Altenpflege ist ein Jobmotor'. Below the search bar, there are several navigation options: 'Suchestieg über Berufsfelder', 'Suche von A-Z', 'Suche nach MINT', 'Suchestieg über Tätigkeitsfelder', 'Suchestieg über Studienfelder', and 'Suche nach reglementierten Berufen'. At the bottom left, there is a footer with the text 'Stand 02.01.2017 / Version 3.71.19708'.

Deutsche Rentenversicherung
Bund

www.berufenet.de

Bundesagentur für Arbeit
LEICHTE SPRACHE
GEBÄRDENSPRACHE
Meine eServices
Suche

Ergotherapeut/in

Ausbildung Berufsfachschule

STARTSEITE
KURZBESCHREIBUNG
ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN
AUSBILDUNG
TÄTIGKEIT
PERSPEKTIVEN

Startseite > Suchergebnisse > Kurzbeschreibung

Kurzbeschreibung

Die Tätigkeit im Überblick

Ergotherapeuten und -therapeutinnen beraten, behandeln und fördern Patienten jeden Alters, die durch eine physische oder psychische Erkrankung, durch eine Behinderung oder durch eine Entwicklungsverzögerung in ihrer Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit beeinträchtigt bzw. von Einschränkungen bedroht sind. Sie erarbeiten individuelle Behandlungspläne und führen Therapien sowie Maßnahmen der Prävention durch.

Die Ausbildung im Überblick

Ergotherapeut/in ist eine bundesweit einheitlich geregelte 3-jährige schulische Ausbildung an **Berufsfachschulen** für Ergotherapie. Daneben besteht die Möglichkeit, Ergotherapie an Hochschulen zu studieren.

Typische Branchen

Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen finden Beschäftigung

- in Krankenhäusern und Kliniken
- in Gesundheitszentren
- in sozialen Einrichtungen und Heimen
- in Praxen für Ergotherapie
- in pädagogischen Einrichtungen wie Sonderschulen und Frühförderzentren

Spannende Einsichten

In den Beruf Ergotherapeut/in

Weiteres zum Beruf

- > Entwicklung
- > Rechtliche Regelungen
- > Informationsquellen
- 📄 Steckbrief zum Beruf (PDF)

Merkmale

SEITE MERKEN

Systematikinformationen zum Beruf

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Berufsinformationszentrum (BiZ) der Bundesagentur für Arbeit

Bundesagentur für Arbeit
Anmelden
Unsere Internetauftritte
Über uns
Kontakt
Suche

DIE ZUKUNFT ANPACKEN: DAS BRINGT MICH WEITER!

Startseite > BiZ - Berufsinformationszentren

- Arbeit und Beruf
- Ausbildung und Studium
- Ausland
- Bewerbung

Arbeit und Beruf

Die Arbeitswelt befindet sich in ständiger Entwicklung, durch den Wandel steigen vor allem die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Informieren Sie sich! [» mehr](#)

Ausbildung und Studium

Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden. Der eine hat praktische Begabungen, ein anderer liebt die Theorie. Einige Berufe erfordern den akademischen Weg, andere Berufe bieten den Einstieg über. [» mehr](#)

Bewerbung

Die Bewerbung ist die Zentraleinstiegskarte in das Berufsleben. Nur wenn Sie erste Eindruck bei der Vorstellung stimmt, der Lebenslauf komplett ist, das Bewerbungsschreiben überzeugt und im. [» mehr](#)

Ausland

Karriere, Abenteuer, Neugier, die Gründe für einen Aufenthalt im Ausland oder in Deutschland sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Wer als Hochqualifizierter den Schritt ins Ausland. [» mehr](#)

Zusatzinformationen

Links

- 📄 Agentur für Arbeit
- 📄 Direkt zur JOBBORSE
- 📄 BERUFENET
- 📄 KURSNET

Fazit für Sozialmedizin

Berufskunde

- die sozialmedizinische Leistungseinschätzung und die Berufsanamnese sind auch bedeutsam für die Klärung im Rentenverfahren
- es gibt verschiedene Quellen, um sich über typische Anforderungen eines Berufsbildes zu informieren, die Rentenversicherung stellt den Berufsgruppenkatalog zur Verfügung
- für die meisten Versicherten, die nicht mehr im bisherigen Beruf tätig sein können, ist auf jede nur denkbare Tätigkeit des gesamten Arbeitsmarktes zu verweisen

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

1.9 Ausblick auf Seminareinheit 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Inhalte der Seminareinheit 1 zusammenfassen und den weiteren Seminarablauf erläutern.

Begründung

Am ersten Tag wurden sehr viele Informationen vermittelt. Die wesentlichen Aussagen werden abschließend noch einmal für alle Beiträge zusammenfassend dargestellt. Um einen weiteren reibungslosen Seminarablauf zu gewährleisten, werden die Teilnehmenden über den weiteren Ablauf informiert. Am zweiten Tag treffen sich die Teilnehmenden für die Kleingruppenarbeit direkt in den Gruppenräumen.

Inhalt

- Zusammenfassung der Inhalte der Seminareinheit 1
- Aufteilung in Kleingruppen in unterschiedliche Gruppenräume
- Inhalte Seminareinheit 2
 - Funktion und Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes
 - Interdisziplinäre Falldiskussionen

Material

- Folien (siehe Seiten 104 - 108)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

Zeit circa 10 Minuten

Fazit für Sozialmedizin

Sozialversicherungssystem

- gegliedertes Sozialversicherungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten
- Zuständigkeiten und Zusammenarbeit ist gesetzlich geregelt
- das BTHG fordert eine stärkere Einbeziehung von Betroffenen und eine bessere Koordination der Kostenträger
- sozialmedizinische Fragestellungen gibt es in allen Sozialversicherungssparten
- Rentenversicherung hat die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Erwerbstätigkeit zu beurteilen

Fazit von Tag 1

Rehabilitation - Rechtsgrundlagen

- der Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist unterschiedlich
- nicht alle Rehabilitanden kommen selbst motiviert zur Rehabilitation
- die Motivationslage ist auch bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von Bedeutung

Fazit von Tag 1

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF)

unterstützt

- Selbstbestimmung und Teilhabe
- sektorenübergreifendes Verständnis von Funktionsfähigkeit und Behinderung
- Teilhabeorientierung bei der Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung
- einheitliche Grundlage für die Beschreibung von Leistung und Leistungsfähigkeit

Fazit von Tag 1

Sozialmedizinische Begriffe

- eine Unterscheidung zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung essentiell
- für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist der Grad der Behinderung unbedeutend

Fazit von Tag 1

Datenschutz

- der Rehabilitand bekommt seinen Reha-Entlassungsbericht ausgehändigt und hat ein Recht auf Akteneinsicht
- der Reha-Entlassungsbericht darf nur mit Einverständnis des Rehabilitanden Dritten zur Verfügung gestellt werden
- der Rentenversicherung wird der Reha-Entlassungsbericht ohne weitere Zustimmung des Versicherten zugeleitet, wenn dem nicht aktiv widersprochen wird
- es sollen nur die Daten erhoben und dokumentiert werden, die zur Erfüllung des Rehabilitationsauftrages notwendig sind

Fazit von Tag 1

Leistungen zur Teilhabe

- Leistungen zur Teilhabe sollen bei Bedarf möglichst zeitnah vermittelt werden, hier hat der Gesetzgeber Regelungen für die Abstimmung zwischen den Sozialversicherungsträgern geschaffen
- es gibt verschiedene Formen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- die Rentenversicherung stellt zu den Teilhabeleistungen Beratungsdienste für Arbeitgeber und Versicherte zur Verfügung



Fazit von Tag 1

Berufskunde

- die sozialmedizinische Leistungseinschätzung und die Berufsanamnese sind auch bedeutsam für die Klärung im Rentenverfahren
- es gibt verschiedene Quellen, um sich über typische Anforderungen eines Berufsbildes zu informieren, die Rentenversicherung stellt den Berufsgruppenkatalog zur Verfügung
- für die meisten Versicherten, die nicht mehr im bisherigen Beruf tätig sein können, ist auf jede nur denkbare Tätigkeit des gesamten Arbeitsmarktes zu verweisen



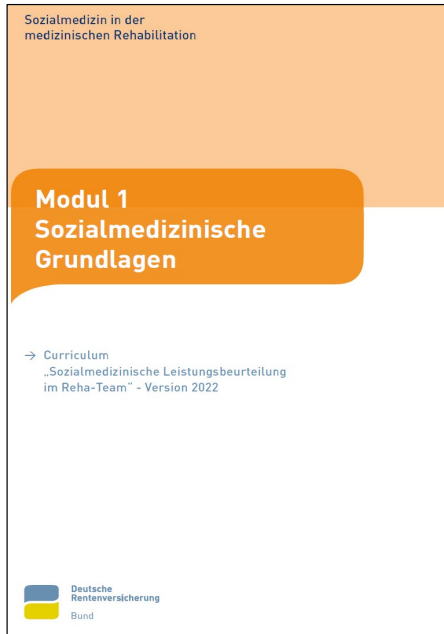
Fazit von Tag 1

Vermittlung der sozialmedizinischen Grundlagen

- dient dem Verständnis für die Anforderungen an die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
- alle Teammitglieder, die zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen, sollen verstehen, warum die Rentenversicherung eine gut befundete sozialmedizinische Leistungsbeurteilung braucht
- alle Teammitglieder tragen dazu bei

Weitere Unterlagen

Manual und Glossar



Weitere Informationsmöglichkeit

www.leistungsbeurteilung-reha.de

SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG
IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION
PRAXISHILFE

HOME FORUM UMFRAGE HINTERGRUND KONTAKT 🔍

■ GRUNDLAGEN

■ QUALITÄTSMERKMALE

■ PROZESSABLAUF

■ PROFESSIONELLE
BEZIEHUNGSGESTALTUNG

■ REHA-TEAM

■ MITARBEITERQUALIFIZIERUNG

■ INFORMATIONSQUELLEN

HINTERGRUND

Wie ist diese Website entstanden?

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

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

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

Die folgenden Arbeiten bilden die Grundlage der Website:

- Recherchen zu Publikationen und Fortbildungen zum Thema
- Interviews mit Nutzern und Vertretern der Dienste



Modul 1 Sozialmedizinische Grundlagen

Seminareinheit 2

Themen

- qualitative und quantitative sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- der Reha-Entlassungsbericht
- Erstellung sozialmedizinischer Leistungsbeurteilungen mit Fallbeispielen

Dauer der Seminareinheit

4,5 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

Kleingruppen mit maximal 20 Teilnehmenden

Zielgruppe

- Physiotherapeuten, Sport-/ Gymnastiklehrer, Sportwissenschaftler
- Ergotherapeuten
- Psychologen, Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Ernährungsfachkräfte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ärzte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

empfehlenswert sind 2 Referenten pro Kleingruppe, in jeder Kleingruppe ist ein Sozialmediziner bzw. Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation erforderlich

Raumausstattung

- 5 Gruppenräume
- U-förmiger Aufbau der Tische und Stühle
- Beamer/Laserpointer, Presenter, Flipchart

Handouts

- Handzettel der Präsentation (2 Folien pro Seite), wenn nicht am ersten Tag das Manual ausgeteilt wurde
- Hausaufgabe für Modul 2

Arbeitsblätter

- Fallbeispiele
- Formular Blatt 1a des Reha-Entlassungsberichts (blanco)
- Teilnahmebescheinigung Modul 1
- Evaluationsbogen

Allgemeine Ziele der Einheit

Am Ende der Seminareinheit 2 wissen die Teilnehmenden, dass die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowohl eine qualitative und als auch eine quantitative Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden in Bezug auf seine letzte berufliche Tätigkeit und auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes beinhaltet. Sie kennen den Aufbau und die Inhalte eines Reha-Entlassungsberichtes. Die Teilnehmenden haben anhand von Fallbeispielen erste eigene Erfahrungen mit der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung gemacht und können benennen, welche Informationen aus dem Reha-Team für die Erstellung der Beurteilung hilfreich sind. Am Ende haben die Teilnehmenden einen Überblick über die Inhalte des Moduls 2 und das weitere Vorgehen im Curriculum.

Hinweise

Zu Beginn der Seminareinheit 2 wird eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmenden empfohlen, in der der eigene Name, Beruf sowie Indikation der Rehabilitationseinrichtung genannt werden.

Die Seminareinheit 2 wird mit einem Einführungsvortrag, in dem die grundlegenden Begrifflichkeiten und Kriterien für die Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vermittelt werden, begonnen. Abhängig von den Bedürfnissen der Teilnehmenden und den Vorlieben des Referenten sind unterschiedliche didaktische Vorgehensweisen einsetzbar. Zum einen können die Inhalte des Einführungsvortrages als zusammenhängender Kurzvortrag referiert werden und die Teilnehmenden erhalten hinterher die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen. Zum anderen kann der Referent bereits während des Einführungsvortrages auf die Fragen der Teilnehmenden eingehen. Dieses Vorgehen ermöglicht ein frühzeitiges Einsteigen in die fachliche Diskussion, kann aber dazu führen, dass die geplante Zeit für die theoretische Vermittlung der Inhalte ausgeweitet werden muss. Die hinterher geplante Bearbeitung von Fallbeispielen könnte dadurch gekürzt werden. Hier wird empfohlen, auf ein gutes Zeitmanagement zu achten und darauf zu verweisen, dass weiterführende Fragen auch bei der Bearbeitung der Fallbeispiele beantwortet werden können.

Je nach Vorliebe des Referenten können die Folien zu den Lehrzielen 2.1 und 2.2 in ihrer Reihenfolge ausgetauscht werden. Einige Referenten beginnen lieber mit der Erläuterung des quantitativem als des qualitativen Leistungsvermögens.

Die Bearbeitung der Fallbeispiele zielt darauf ab, dass die Teilnehmenden erste praktische Erfahrungen bei der Erstellung einer sozialmedizinischen qualitativen und quantitativen Leistungsbeurteilung sammeln. Die Teilnehmenden erörtern sowohl innerhalb ihrer Berufsgruppen als auch berufsgruppenübergreifend, welche Informationen sie zur Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen können. Es wird empfohlen, dass Fallbeispiele aus verschiedenen Indikationen, entsprechend den anwesenden Teilnehmenden, angeboten werden. Im Manual werden Fallbeispiele für die Indikationen Orthopädie, Neurologie,

Kardiologie, Onkologie, Dermatologie, Hörfehler/Tinnitus/Schwindel, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen zur Verfügung gestellt. In der Zeit der Veranstaltung sollten mindestens zwei Fallbeispiele bearbeitet werden. Hierbei wird ein Wechsel des didaktischen Vorgehens zwischen Kleingruppen à 5 - 6 Teilnehmenden und der Diskussion im Plenum empfohlen. Im Anschluss an eine Kleingruppenarbeit werden die Ergebnisse in der gesamten Gruppe zusammengetragen, diskutiert und vom Referenten ergänzt. Wie die weiteren Fallbeispiele bearbeitet werden sollen, kann abhängig von den Bedürfnissen der Teilnehmenden entschieden werden. Für jedes Fallbeispiel wird das leere Blatt 1a des Reha-Entlassungsberichtes ausgeteilt und von den Teilnehmenden bearbeitet. Ggf. kann man das Blatt 1a vor der Gruppenarbeit in Einzelarbeit ausfüllen lassen.

Zum Abschluss der Seminareinheit 2 erhalten die Teilnehmenden einen Ausblick auf die Inhalte des Moduls 2 „Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ und werden aufgefordert, als Hausaufgabe und Vorbereitung, vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus dem Modul 1, fünf Reha-Entlassungsberichte aus ihrer Rehabilitationseinrichtung zu lesen. Die Teilnehmenden sollen motiviert werden, sich auf das zweite Modul des Curriculums inhaltlich vorzubereiten.

Wichtig ist es, den Teilnehmenden die Besonderheiten des Anmeldeverfahrens für die weiteren Module zu erläutern.

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

2.1 Die qualitative Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Inhalte und Kriterien sowie den Kontext einer positiven und negativen qualitativen Leistungsbeurteilung benennen.

Begründung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht ist von zentraler Bedeutung für die nachfolgenden Verwaltungsentscheidungen in den Leistungsbereichen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten. Die Leistungsbeurteilung beschreibt das Fähigkeitsprofil der Rehabilitanden und setzt es in Beziehung zu den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Eine Leistungsbeurteilung setzt sich aus der Einschätzung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens des zu begutachtenden Rehabilitanden zusammen. Den Teilnehmenden werden wichtige Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen zur Beurteilung des qualitativen Leistungsvermögens vermittelt. Dies bildet die Grundlage für eine gemeinsame Wissensbasis und Kommunikation. Es stärkt die Zusammenarbeit im Reha-Team bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag.

Inhalt

- Kontext: allgemeiner Arbeitsmarkt
- positives Leistungsvermögen
 - körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung, Arbeitsorganisation
- negatives Leistungsvermögen
 - psychomentele Funktionen, Sinnesfunktionen, bewegungsbezogene Funktionen, kardio-pulmonale Funktionen, relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren, sonstige
- Wegefähigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 113 - 121)

Hinweise zur Durchführung

kurze Vorstellungsrunde (Name, Beruf, Indikation der Rehabilitationseinrichtung sollten von allen Teilnehmenden genannt werden), interaktiver Vortrag, Diskussion

Zeit circa 55 Minuten

Anmerkung

Bei der Einschätzung der möglichen Arbeitshaltung wird zwischen den Kategorien „zeitweise“ (<10 % der Arbeitszeit), überwiegend (51 – 90 %) und ständig (>90 % der Arbeitszeit) unterschieden. Bei einer Arbeitshaltung, die mehr als 10 % und weniger als 51 % der Arbeitszeit möglich ist, muss „überwiegend“ angekreuzt werden.



Modul 1 Sozialmedizinische Grundlagen

Tag 2:

08:30 – 10:30 Uhr **Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung**

10:30 – 11:00 Uhr *Kaffeepause*

11:00 – 13:00 Uhr **Bearbeitung von Fallbeispielen**
(in Kleingruppen)

13:00 – 14:00 Uhr *Mittagessen*

14:00 – 15:00 Uhr **Bearbeitung von Fallbeispielen**
(in Kleingruppen)

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a



Qualitative
Leistungsbeurteilung
– positives
Leistungsvermögen

Quantitative
Leistungsbeurteilung
– letzte
sozialversicherungs-
pflichtige Tätigkeit

Qualitative
Leistungsbeurteilung
– negatives
Leistungsvermögen

Quantitative
Leistungsbeurteilung
– allgemeiner
Arbeitsmarkt

The form is titled 'Arztlicher Entlassungsbericht' and 'Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise'. It includes sections for '1. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit' (with checkboxes for full-time, part-time, or less than 8 hours), '2. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)' (with checkboxes for physical, mental, and organ functions), and '3. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)'. Callouts from the surrounding text point to these specific sections.

Im Reha-Entlassungsbericht

- qualitatives Leistungsvermögen
 - positives Leistungsvermögen
 - negatives Leistungsvermögen
- quantitatives Leistungsvermögen
 - für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit
 - unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

Im Reha-Entlassungsbericht

- Beginn der Leistungsminderung
- voraussichtliche Dauer der Leistungsminderung/Prognose
- (zusätzliche) therapeutische Möglichkeiten, (weiteres) Ausschöpfen von Ressourcen

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen

Einschränkungen bei

- psychomentale Funktionen
- Sinnesfunktionen
- bewegungsbezogene Funktionen
- kardio-pulmonale Funktionen
- sonstige

- relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

Qualitatives Leistungsvermögen

negatives Leistungsvermögen

Qualitative Einschränkungen sollten nach Art und Ausmaß differenziert dargestellt werden.

Aber



nur

soviel wie nötig – so wenig wie möglich.

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf die geistig/psychische Belastbarkeit - Beispiel

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

Chronischer Schmerz

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf die geistig/psychische Belastbarkeit - Beispiel

nur durchschnittliche/unterdurchschnittliche Anforderungen an

- Konzentrations- und Reaktionsvermögen, Umstellungs- und Anpassungsvermögen

keine

- Verantwortung für Personen oder Maschinen
- Überwachung/Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge
- kein/nur selten/nur gelegentlicher Publikumsverkehr
- **kein überdurchschnittlicher** Zeitdruck und Stress

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf die Sinnesorgane - Beispiel

- keine überdurchschnittlichen/nur unterdurchschnittliche Ansprüche an die Feinmotorik
- kein Einsatz an Arbeitsplätzen mit hoher Verletzungsgefahr durch spitze oder heiße Gegenstände
- keine Tätigkeit auf unebenen Böden, eventuell auch nicht auf Leitern und Gerüsten

Radikulopathie

Polyneuropathie

Karpaltunnelsyndrom

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf den Haltungs- und Bewegungsapparat - Beispiel

Mobilität

(Vorsicht: „Wegefähigkeit“ ist juristischer Begriff!)

Die Fähigkeit ggf. unter Verwendung einer Gehhilfe (*Stock, Stütze*) 4 mal täglich etwas mehr als 500 Meter in etwas weniger als 20 Minuten zurückzulegen und zweimal täglich in der Hauptverkehrszeit öffentliche Verkehrsmittel benutzen zu können.

eingeschränkte Wegefähigkeit:

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

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf den Haltungs- und Bewegungsapparat - Beispiel

Kompensationsmöglichkeiten bei Einschränkung der Wegefähigkeit

- Arbeitsplatz, der erreicht wird
- Besitz und Gebrauch von Führerschein und PKW (ggf. LTA), auch bei Querschnittslähmung und Rollstuhlpflicht
- **vorhandener** Heimarbeitsplatz

Qualitatives Leistungsvermögen

Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf Gefährdungs- und Belastungsfaktoren - Beispiel

nicht in Hitze oder bei extrem schwankenden Temperaturen

- chronisch entzündliche Erkrankungen
- Ödeme
- Herz-Kreislaufkrankungen

Qualitatives Leistungsvermögen

- **Allgemeinzustand:** z. B. Kachexie bei onkologischer Erkrankung oder nach operativen Eingriffen am Magen-Darm-Trakt
- **Kardio-pulmonale Belastbarkeit:** z. B. Angabe einer Watt-Zahl in der (Belastungs-)Ergometrie
- **Zustand des Bewegungsapparates:** z. B. eingeschränkte Bewegung (Normal-Null-Methode) bei Coxarthrose, Gonarthrose

Qualitatives Leistungsvermögen

Positives Leistungsvermögen

körperliche Arbeitsschwere

- schwere mittelschwere leichte bis mittelschwere leichte

Arbeitshaltung

im Stehen

- ständig über-
wiegend zeit-
weise

im Gehen

- ständig über-
wiegend zeit-
weise

im Sitzen

- ständig über-
wiegend zeit-
weise

- Rollstuhlpflicht

Arbeitsorganisation

- Tagesschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht

Qualitatives Leistungsvermögen

Positives Leistungsvermögen: körperliche Arbeitsschwere

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

Qualitatives Leistungsvermögen

Positives Leistungsvermögen: Arbeitshaltung

Sitzen



Stehen



Gehen



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

zwischen 10 und 51 % der Arbeitszeit entspricht überwiegend

Qualitatives Leistungsvermögen

Positives Leistungsvermögen: Arbeitsorganisation

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

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

2.2 Die quantitative Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Begriffe und Kriterien der quantitativen Leistungsbeurteilung benennen.

Begründung

Der zeitliche Umfang des Leistungsvermögens hat zum Beispiel bei Entscheidungen bezüglich einer Rente wegen Erwerbsminderung eine große rechtliche Relevanz. Den Teilnehmenden werden wichtige Begriffe und Kriterien zur Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens vermittelt. Eine gemeinsame Sprache bildet die Grundlage für die Zusammenarbeit im Reha-Team bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag.

Inhalt

- drei zeitliche Kategorien zur Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens bezogen auf:
 - den zuletzt ausgeübten Beruf
 - unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes
- Einschätzung der voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung (Prognose)
- Bedeutung von qualitativen Leistungseinschränkungen für das quantitative Leistungsvermögen
 - Kompensationsmöglichkeiten auf Organ- und Aktivitätsebene, einschließlich günstig wirkender Kontextfaktoren
- Kontextfaktoren, die keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen können
 - z. B. Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt, bestehende Arbeitslosigkeit, „Entwöhnung“ von einer beruflichen Tätigkeit, das Lebensalter, eine „Doppelbelastung“, z. B. die Pflege kranker Eltern oder eines behinderten Kindes

Material

- Folien (siehe Seiten 123 - 126)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Zeit circa 25 Minuten

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

Quantitatives Leistungsvermögen

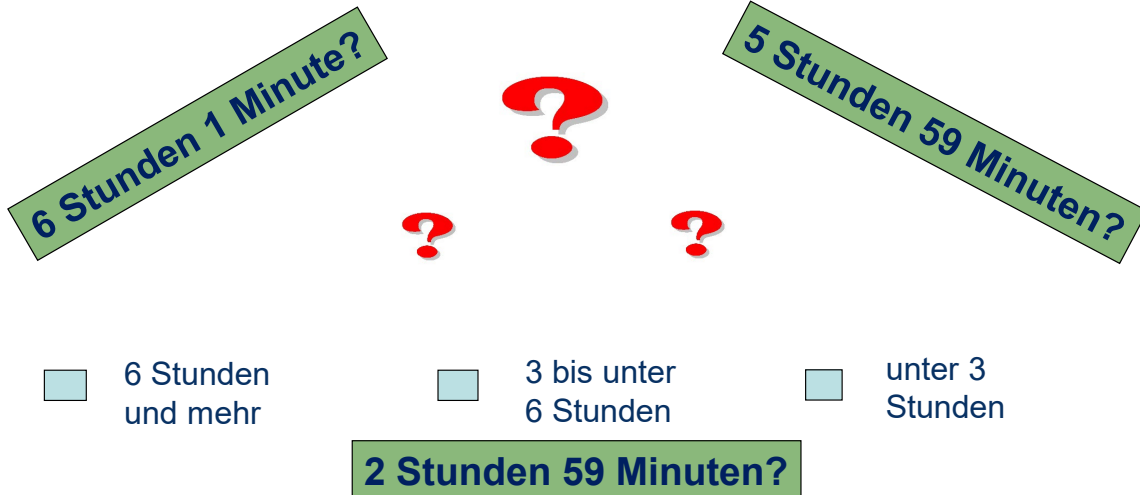
unter Berücksichtigung von

- Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten
 - Optimierung der Medikation
 - Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie
 - Herzsportgruppe, Gewichtsreduktion
- Reha-Sport und Reha-Nachsorgeprogrammen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- **Besserungsaussicht in absehbarer Zeit (26 Wochen)**

Quantitatives Leistungsvermögen

§ 43 SGB VI

gesetzlich vorgegebene dreistufige Zeitschiene



Quantitatives Leistungsvermögen

§ 43 SGB VI

Bei entsprechenden
versicherungsrechtlichen Voraussetzungen
wären folgende Auswirkungen möglich

Leistungsvermögen
in der zuletzt ausgeübten
sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit sowie
auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
→ **Rentenart**

Es folgen ein paar typische Fallkonstellationen



Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

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

- Bäcker mit Mehlstauballergie
- Fernfahrer mit chron. Schmerzsyndrom und Morphinmedikation
- Gerüstbauer mit Morbus Menière

keine EM-Rente

**evtl. Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei BU
bei vor 1961 Geborenen**



Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

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

- mangelnde Dauerbelastbarkeit bei Rheumatoidarthritis
- ausgeprägte Fatigue bei Multipler Sklerose
- Postpoliosyndrom

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

Quantitatives Leistungsvermögen

Beispiele und Bedeutung

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

- **schweres senso-motorisches Defizit und erhebliche kognitive Einschränkungen bei Zustand nach zerebraler Massenblutung (hypertensiv, traumatisch)**
- **schwere Herzinsuffizienz**
- **metastasiertes Krebsleiden mit reduziertem Allgemeinzustand**

volle Erwerbsminderungsrente

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

2.3 Der Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden können den Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes erläutern.

Begründung

Die Teilnehmenden lernen den Aufbau sowie die von der Deutschen Rentenversicherung geforderten Inhalte eines Reha-Entlassungsberichtes kennen. Sie werden befähigt, einen Reha-Entlassungsbericht zu lesen. Die Teilnehmenden können nachvollziehen, welche fachspezifischen Informationen für die Erstellung eines Reha-Entlassungsberichtes und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung notwendig sind. Die Kenntnis des Formulars bildet die Grundlage für die Bearbeitung der weiteren Lehrziele des Curriculums und der Hausaufgabe zu Modul 2.

Inhalt

- Formular Reha-Entlassungsbericht
 - Blatt 1, 1a, 1b
 - Blatt 2
- Literaturempfehlung:
 - DRV Bund (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin. 2020.

Material

- Folien (siehe Seiten 128 - 130)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

gegebenenfalls als Ansichtsexemplare auslegen:

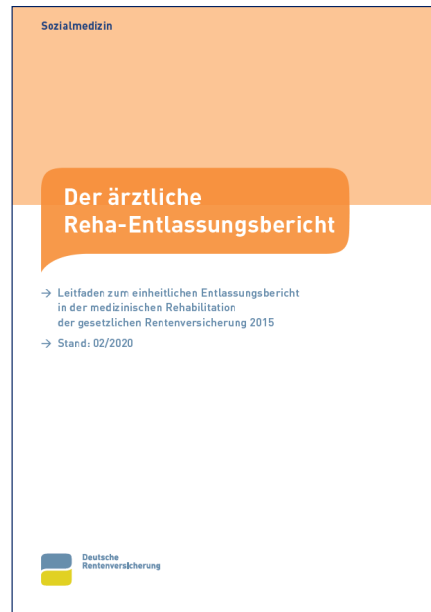
DRV Bund (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Deutsche Rentenversicherung Bund: Berlin.

Zeit circa 10 Minuten



Der Reha-Entlassungsbericht

- so kurz wie möglich unter Einhaltung der vorgegebenen Gliederung
- anschauliche Darstellung, inhaltliche Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit
- sprachliche Prägnanz und Kürze bei hohem Informationsgehalt
- Verdichtung der im Reha-Team erhobenen Informationen zu einer Gesamtdarstellung



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1



Versichertendaten (Prüfen, Drucken)

Aufnahme- und Entlassungsdatum

Diagnosen, ICD-Schlüssel, Diagnosen-Sicherheit

Empfehlungen an weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen

Empfehlungen an Rentenversicherung

besondere Behandlungsform

Behandlungsergebnis

Entlassungsform

Arbeitsfähigkeit/AU-Zeiten

Empfehlungen an Patienten



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a

Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen

Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen

Quantitative Leistungsbeurteilung – allgemeiner Arbeitsmarkt

Ärztlicher Entlassungsbericht Bl. 1a

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Auskünfte auf Blatt 2, 2.0ff. 2.2.4)

Bearbeitung des zeitlichen Umfangs (in der die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann): 6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt) (offenes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich)

1. Positives Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere: schwere Arbeiten mittelschwere leichte bis mittelschwere leichte

Arbeitshaltung im Stehen: einseitig beidseitig abwechselnd im Gehen: über- unter- abwechselnd im Sitzen: über- unter- abwechselnd Ruhezustand

Arbeitsorganisation: Tagesschicht Früh- / Spätschicht Nachtschicht

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

psychomente Funktionen Sinnesfunktionen bewegungsbezogene Funktionen kardio-pulmonale Funktionen

relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sonstige

3. Bearbeitung des zeitlichen Umfangs (in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann und negatives Leistungsvermögen ausgeübt werden kann): 6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Sozialmedizinische Epikrise

Ärztlicher Entlassungsbericht Bl. 1b

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

Nr.	ICD-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.			

Erklärungen:

Bezeichnung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

Verweise Nr. 0 2

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

ICD - Code

Dauer

Anzahl



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



Hilfsmittel Leitlinien

- Leitlinie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit
- Leitlinie zur Beurteilung des Reha-Zugangs (Rehabilitationsbedürftigkeit)
- www.deutsche-rentenversicherung.de

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

2.4 Bearbeitung von Fallbeispielen

Lehrziel

Die Teilnehmenden können das Erlernete zur Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der Bearbeitung von Fallbeispielen anwenden.

Begründung

Die praktische Umsetzung der bisher in der Theorie besprochenen Seminarinhalte steht im Vordergrund dieses Lehrziels. Die Teilnehmenden sollen ihr Fachwissen vertiefen, Fragen stellen sowie Unklarheiten und Missverständnisse hinterfragen und klären. Der fachliche Austausch mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe als auch die Erweiterung der eigenen Perspektive durch den Austausch mit den anderen teilnehmenden Berufsgruppen fördert die Kommunikation und das Verständnis im Reha-Team.

Inhalt

- Bearbeitung von Fallbeispielen aus mindestens zwei Indikationen
- Fallbeispiele zu den Indikationen Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Onkologie, Dermatologie, Hörfehler/Tinnitus/Schwindel, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen (*siehe Handout 1 – 9*)
- Fragestellungen
 - Welche Informationen kann Ihre Berufsgruppe zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei der Fallvignette beitragen?
 - Welche Zusatzinformationen sind für die Beurteilung erforderlich? Wie erheben Sie diese?
 - An welcher Stelle sehen Sie mögliche Überschneidungen zu anderen Berufsgruppen?
 - Haben Sie Ideen für therapeutische Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit?

Material

- Folien (siehe Seite 132)
- Handouts mit Fallvignetten 1 – 9 (siehe Seiten 133 – 143)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Diskussion, Kleingruppenarbeit

Es empfiehlt sich, zur Bearbeitung der Fallbeispiele neben dem Handout „Fallbeispiel 1 – 9“ jeweils ein Blanco-Formular des Blatts 1a des Reha-Entlassungsberichtes zu verteilen. Die Teilnehmenden diskutieren die o. g. Fragestellungen in Kleingruppen. Die Kleingruppen können berufsgruppenhomogen oder berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt werden. Die Arbeitsergebnisse der Kleingruppen sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum Fallbeispiel werden anschließend gemeinsam im Plenum diskutiert.

Zeit circa 150 Minuten

Fragen

- Welche Informationen kann Ihre Berufsgruppe zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei der Fallvignette beitragen?
- Welche Zusatzinformationen sind für die Beurteilung erforderlich? Wie erheben Sie diese?
- An welcher Stelle sehen Sie mögliche Überschneidungen zu anderen Berufsgruppen?
- Haben Sie Ideen für therapeutische Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit?

Fallvignetten

- | | |
|-----------------|---------------------------|
| • Orthopädie | chronischer Rückenschmerz |
| • Onkologie | nach Magenkrebs |
| • Onkologie | nach Prostatakarzinom |
| • Kardiologie | nach Myokardinfarkt |
| • Dermatologie | atopisches Ekzem |
| • Psychosomatik | Depression |
| • Entwöhnung | Alkoholabhängigkeit |
| • HNO | rezidivierender Schwindel |
| • Neurologie | nach Hirninfarkt |

Handout 1: Fallbeispiel Orthopädie

Rehabilitand mit chronischem Rückenschmerz

Herr Anton (52 Jahre)

Beruf:	Systemelektroniker
arbeitsunfähig:	seit anderthalb Jahren
arbeitslos:	seit einem Jahr
Medikation:	MST® 10 3 x 1 Tablette; seit vier Jahren ohne Änderung
Rehabilitation:	orthopädische Rehabilitation vor vier Jahren und jetzt

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, in beide Beine ausstrahlend
- am rechten Oberschenkel außenseitig und an beiden Großzehen Taubheitsgefühle
- am rechten Fuß eine Fußheberschwäche wechselnden Ausmaßes
- Beschwerdeverstärkung durch Heben und Tragen und bei längerer Haltungskonstanz
- auf der Straße Verwendung von Unterarmgehstützen, während der Rehabilitation keine Stützennutzung
- Verstärkung der Schmerzen in beruflichen Stresssituationen (Kundenbetreuung, Termindichte)
- bei Schmerzverstärkung Konzentrationsprobleme (Fehleranfälligkeit steigt)

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Systemelektroniker

- **Tätigkeitsprofil:**
 - Kundenbetreuung, Installation von Netzwerken, Büroarbeit und reine PC-Tätigkeit
 - Vollzeittätigkeit
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - Autofahren (zu Kundenterminen bis zu 100 km), Heben, Tragen auch schwerer Geräte, Treppensteigen, Hocken und Knien, insgesamt überwiegendes Sitzen, teilweise Arbeiten in Zwangshaltungen
 - Termindruck

Handout 2: Fallbeispiel Kardiologie

Rehabilitand nach Myokardinfarkt

Herr Müller (57 Jahre)

Beruf:	gelernter Maurer
arbeitsunfähig:	seit 5 Wochen
Behandlung:	Stentimplantation
Rehabilitation:	kardiologische Anschlussrehabilitation

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- bei stärkerer körperlicher Belastung berichtet Herr Müller ein Druckgefühl im Brustbereich und leichte Luftnot
- Symptomatik verunsichere ihn; wenn er alleine sei, vermeidet er körperliche Anstrengungen; reagiert mit Ängsten auf körperliche Symptome
- Sorge um seine berufliche Zukunft als Maurer
- Empfehlung der Ärzte: er könne künftig noch leichte körperliche Arbeiten verrichten

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Maurer

- **Tätigkeitsprofil:**
 - arbeitet bei einem großen Bauunternehmen
 - bisher war er auf Großbaustellen, vor allem im Abbruchbereich, eingesetzt
 - zum Bauunternehmen gehört auch eine Baustoffhandlung
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - schwere körperliche Arbeiten, Heben, Tragen auch schwerer Gegenstände (Bewältigung von Bauschutt), Treppensteigen, Hocken und Knien, teilweise Arbeiten in Zwangshaltungen
 - Einflüsse von Lärm, Schmutz, Staub
 - Witterungseinflüsse (Kälte, Nässe, Zugluft)

Handout 3: Fallbeispiel Onkologie (1)

Rehabilitandin nach Magenkrebs

Frau Kramer (54 Jahre)

Beruf: gelernte Verkäuferin
arbeitsunfähig: seit 3 Monaten
Behandlung: Magenkrebsoperation
Rehabilitation: onkologische Anschlussrehabilitation

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- keine einschränkenden aktuellen Beschwerden
- keine auffälligen Untersuchungsbefunde
- adäquate Krankheitsverarbeitung
- während der Rehabilitation Gewichtszunahme und Verbesserung der Kondition
- mit mehreren kleinen Mahlzeiten kommt sie nach eigenen Aussagen gut zurecht
- Pflege der an Demenz erkrankten Mutter

- Empfehlung der Ärzte: regelmäßige Kontrollen

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Verkäuferin

- **Tätigkeitsprofil:**
 - arbeitet seit vielen Jahren als Verkäuferin in einem kleinen Geschäft für Damenbekleidung
 - Teilzeit: 30 Stunden/Woche
 - gutes Arbeitsklima
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten (z. B. Waren auspacken)
 - überwiegend im Gehen und Stehen

Handout 4: Fallbeispiel Onkologie (2)

Rehabilitand nach Prostatakarzinom

Herr Hans (58 Jahre)

Beruf: gelernter Techniker für Landmaschinen
arbeitsunfähig: seit 10 Wochen
Behandlung: radikale Prostatektomie
Rehabilitation: onkologische Anschlussrehabilitation

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- seit OP bestehende Inkontinenz
- besondere psychische Belastung aufgrund der Diagnose Krebs, depressive Störung in der Anamnese
- keine auffälligen Untersuchungsbefunde
- Empfehlung der Ärzte: regelmäßige fachonkologische Nachsorge, Weiterführen des Beckenbodentrainings bis zum Erreichen der vollständigen Kontinenz, ambulante Psychotherapie?

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Außendienstmitarbeiter im Vertrieb

- **Tätigkeitsprofil:**
 - Vertrieb von Pflanzenschutzdüsen
 - seit 35 Jahren, Vollzeit
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - nach Aussagen des Patienten: massive Überlastung, Stressbelastung
 - überwiegend sitzend, ca. 80.000 km im Jahr mit dem Auto
 - von Montag bis Freitag: nahezu vollständige Außendiensttätigkeit; am Wochenende: anfallende Schreibtischarbeit
 - körperliche Belastungen im Sinne von Heben und Tragen werden nicht angegeben

Handout 5: Fallbeispiel Dermatologie

Rehabilitandin mit atopischem Ekzem

Frau Wolf (57 Jahre)

Beruf:	Einzelhandelskauffrau
arbeitsunfähig:	nein
arbeitslos:	nein
Medikation:	extern: Hydrocortison-Creme, Tacrolimus-Salbe, Vitamin D3-Creme, Fettcreme
Rehabilitation:	dermatologische Rehabilitation

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- Beginn des atopischen Ekzems mit 18 Jahren
- schubweiser Verlauf mit roten, schuppenden und juckenden Hauterscheinungen am gesamten Körper, schmerzhaften Rissen und verstärkter Hornhautbildung an den Händen
- Haut sehr empfindlich gegenüber Irritationen (z. B. mechanische Reize, Schwitzen)
- Provokation der Hautveränderungen durch psychoemotionalen Stress
- Hauterscheinungen z. Zt. leicht ausgeprägt
- bei verstärktem Auftreten der Hauterscheinungen nächtliche Juck- und Kratzattacken, die zu Schlafdefizit und folgend zu Konzentrationsproblemen (Fehleranfälligkeit steigt) und Gereiztheit führen
- Bei ausgeprägten Hauterscheinungen an den Händen ist die Gebrauchsfähigkeit der Hände eingeschränkt.

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als freie Mitarbeiterin für Presse-Zeitungen

- **Tätigkeitsprofil:**
 - Verfassen von Zeitungsartikeln in Heimarbeit, Büro- und Bildschirm-tätigkeiten, Fotografieren, Wahrnehmen von Presseterminen
 - freie Mitarbeiterin auf 450 EUR-Basis, zeitlicher Umfang verschieden, freie Zeiteinteilung möglich
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - körperlich leichte Tätigkeit
 - zahlreicher Publikumsverkehr (auch mit Bürgermeister)
 - überwiegendes Sitzen, besondere Beanspruchung des Bewegungsapparates durch angespannte Körperhaltung (im Sitzen, oft über 4 Stunden)

Handout 6: Fallbeispiel Psychosomatik

Rehabilitandin mit Depressionen

Frau Singer (52 Jahre)

Beruf: Bankkauffrau
Arbeitsverhältnis: sicher, 30 Stunden pro Woche
arbeitsunfähig: seit drei Monaten
Medikation: Ramipril 5 mg/d, Mirtazapin 15 mg zur Nacht
Rehabilitation: keine, aber vor Jahren Mutter-Kind-Kur

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Konzentration subjektiv deutlich vermindert, müsse sich alles aufschreiben, habe daher auch Angst, Fehler im Beruf zu machen
- Appetit sei reduziert, aber sie habe an Gewicht zugenommen, circa fünf Kilogramm in drei Monaten
- sie müsse sich zu allem zwingen, alltägliche Dinge gingen ihr schwerer von der Hand
- ihre Stimmung sei gedrückt, sie bemerke an sich zudem eine ungewohnte Geiztheit
- sie Sorge sich um Kleinigkeiten
- zudem beschreibt sie eine Reihe weiterer Symptome wie Neigung zu Obstipation, häufige Kopfschmerzen, Libidoverlust
- die Symptomatik habe sich schleichend entwickelt

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Bankkauffrau

Tätigkeitsprofil:

- Kundenbetreuung, Schwerpunkt Vermittlung von Krediten
- Teilzeit: 30 Stunden/Woche

berufliche Belastungsfaktoren:

- es wird hoher Druck verspürt, „Abschlüsse“ zu erbringen
- Belastung durch mehrere Umstrukturierungen und Zusammenlegung von Filialen in den letzten fünf Jahren, daher ist der Arbeitsweg jetzt auch deutlich länger
- Belastung durch unzufriedene Kunden

Anamnese: private Belastungsfaktoren

- verheiratet, der Ehemann sei berufstätig, jedoch in einem unsicheren Arbeitsverhältnis, dadurch sei die Familie belastet
- Familie lebe im Eigenheim, habe noch einen Restkredit abzutragen, derzeitig aber keine akuten finanziellen Sorgen
- zwei Kinder: der Sohn studiere bereits und lebe nicht mehr im Haushalt, die Tochter mache Abitur und wolle dann ebenfalls studieren, werde also auch das Elternhaus verlassen
- der Schwiegervater sei kürzlich verstorben, die Schwiegermutter trauere intensiv um ihn
- die eigenen Eltern leben im gleichen Ort, seien noch recht selbständig, wünschten sich aber mehr Unterstützung

Handout 7: Fallbeispiel Neurologie

Rehabilitandin nach Hirninfarkt Basalganglien links mit daraus resultierenden sensomotorischer Hemiparese rechtsseitig

Frau Hinz (58 Jahre)

Beruf:	gelernte Kellnerin, arbeitslos seit 5 Jahren, vorher stundenweise als Verkäuferin gearbeitet, Antrag auf EM-Rente vor 4 Jahren, derzeit im Widerspruch
arbeitsunfähig:	seit 5 Jahren
Rehabilitation:	neurologische Anschlussrehabilitation

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- reduzierte körperliche und geistige Belastbarkeit mit leichten kognitiven Störungen und einer depressiven Symptomatik
- anhaltende LWS- und HWS-Beschwerden mit Ausstrahlungen in das linke Bein und die Schultern und daraus resultierende Einschränkungen des Ganges (Bandscheibenvorfall HWK 3/4 bis 4/5; OPs vor 1 und vor 3 Jahren)
- gastrointestinale Beschwerdensymptomatik nach Rektum-Karzinom Behandlung (vor ca. 1,5 Jahren)
- Mamma-Karzinom links (vor 5 Jahren)
- Empfehlung der Ärzte: Fortführung der Krankengymnastik und psychologische Mitbetreuung. Fortführung der physikalischen Maßnahmen, Kontrolluntersuchungen im Rahmen der onkologischen Erkrankung

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Verkäuferin

- **Tätigkeitsprofil:**
 - stundenweise Tätigkeit als Verkäuferin
 - aufgrund der gesundheitlichen Situation traut sich Patientin eine berufliche Tätigkeit nicht mehr zu
 - Antrag auf Erwerbsminderungsrente, derzeit im Widerspruch

Handout 8: Fallbeispiel Hörstörungen/Tinnitus/Schwindel

Rehabilitandin mit rezidivierendem Schwindel, kombinierter Schwerhörigkeit beidseitig und mehrfachen Cholesteatom-OPs beidseitig

Frau Pilz (26 Jahre)

Beruf: gelernte Zahnarzhelferin, arbeitslos seit 4 Monaten
arbeitsunfähig: seit 3 Monaten
Behandlung: mehrfache Cholesteatom-OPs seit 8 Jahren
Rehabilitation: Heilverfahren

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- 3 x wöchentlich auftretender Drehschwindel ohne Fallneigung (ca. 10 Sekunden)
- Hörminderung links, fraglich rechts (Schalleitungsschwerhörigkeit); Telefonieren linksseitig beeinträchtigt, Wahrnehmung von Musik möglich, Richtungshören beeinträchtigt, Geräuschempfindlichkeit
- reagiere mittlerweile mit Ängsten auf körperliche Zeichen für erneute Entzündung im Ohr; Pat. schildert depressive Symptome (verminderter Antrieb, sozialer Rückzug, pessimistische Zukunftsperspektive, vermindertes Selbstvertrauen)
- Empfehlung der Ärzte: nochmalige operative Sanierung, wenn die Anpassung von konventionellen Hörsystemen aufgrund der immer wieder nässenden Entzündungen nicht möglich ist, sollte auch ein implantierbares Hörsystem in Betracht gezogen werden; ambulante Psychotherapie

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Zahnarzhelferin

- **Tätigkeitsprofil:**
 - vollschichtig; Tätigkeit zu 50 % sitzend und stehend, sehr viel Kommunikation
 - krankheitsbedingte Kündigung vor 4 Monaten
- **berufliche Belastungsfaktoren:**
 - Geräuschempfindlichkeit (v. a. bei Bohrgeräuschen in der Zahnarztpraxis)
 - Probleme bei der Kommunikation
 - Schwindelbeschwerden bei thermischen Reizungen

Cholesteatom des Ohres bezeichnet eine Einwucherung von mehrschichtig verhornendem Plattenepithel in das Mittelohr mit nachfolgender chronisch-eitriger Entzündung des Mittelohrs. Die chronische Mittelohrentzündung beim Cholesteatom wird als chronische Knocheneiterung bezeichnet.

Handout 9: Fallbeispiel Entwöhnungsbehandlung

Rehabilitandin mit Abhängigkeitssyndrom (Alkohol) gegenwärtig abstinent, multiple orthopädische Erkrankungen

Frau Rasch (51 Jahre)

Beruf: Ausbildung zur Friseurin, arbeitete 1 Jahr im Beruf, seit 7 Jahren Küchenhilfe
arbeitsunfähig: seit 7 Monaten
Rehabilitation: stationäre Entwöhnungsbehandlung

Anamnese: aktuelle Beschwerden

- seit ca. 8 Jahren Alkoholabhängigkeit, Alkoholabstinenz seit 4 Monaten, langjährige Nikotinabhängigkeit
- Sorgen um berufliche, partnerschaftliche (getrennt lebend), gesundheitliche und soziale Zukunft
- psychotherapeutischer Befund: erhebliche biographische Belastungen und traumatisierende Erfahrungen; erhebliche emotionale Belastung und geringe Bewältigungskompetenz im Umgang mit emotionalen Belastungen; asthenische Persönlichkeitsstörung (geprägt von überstarken Trennungsängsten, klammerndem Verhalten, geringem Selbstbewusstsein, depressiver Grundstimmung sowie mangelndem Durchsetzungsvermögen und geringer Eigeninitiative), leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung
- LWS-Beschwerden bei Belastung ohne Ausstrahlung und ohne Sensibilitätsstörungen
- Hüftgelenksbeschwerden beidseits (Coxarthrose)
- Kniegelenksbeschwerden und Schwellneigung beidseitig bei Überlastung, Bewegungseinschränkung beider Kniegelenke (mehrfache Knieoperationen rechts, Arthroskopie links)
- keine Linderung der körperlichen orthopädischen Beschwerden, Teilnahme an Wirbelsäulen- und Kniegymnastik mussten abgebrochen werden; stattdessen Schongymnastik; im vorgegebenen Trainingsprogramm nur eingeschränkt belastbar
- Empfehlung der Ärzte: Selbsthilfegruppe ohne Angehörige, ambulante Psychotherapie, Wirbelsäulen- und Kniegymnastik, physiotherapeutische Maßnahmen, Alkohol- und Nikotinkarenz

Anamnese: berufliche Belastungsfaktoren als Küchenhilfe

- **Tätigkeitsprofil:**
 - Essensausgabe, Salate herstellen, Spülküche, Reinigungsarbeiten, Auffüllarbeiten am Buffet

- **berufliche Belastungsfaktoren:**

- körperlich mittelschwere Tätigkeit, die als Vollzeittätigkeit im Stehen und Gehen ausgeübt wird; Heben und Tragen von Lasten auch >15 kg ohne Hilfsmittel; ist Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft und Chemikalien ausgesetzt
- nach Aussage der Rehabilitandin erlebt sie Mobbing
- aufgrund der gesundheitlichen Situation möchte die Rehabilitandin einen Wechsel zu einer körperlich weniger belastenden Tätigkeit

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

2.5 Fazit zum Seminar, Hausaufgabe, Ziele und Inhalte des Moduls 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ein persönliches Fazit zum Modul 1 ziehen, kennen Ziele und Inhalt des Moduls 2 "Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung" und können die Hausaufgabe zur Vorbereitung des Moduls 2 benennen.

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 zweite Modul des Curriculums gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich auf die Inhalte vorzubereiten, um zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen besser einbringen zu können. Vor diesem Hintergrund wird den Teilnehmenden auch eine Hausaufgabe mitgegeben.

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- Zusammenfassung der Inhalte des Moduls 1
- Ausblick auf das Modul 2 (für die verschiedenen Berufsgruppen)
 - für alle: berufsgruppenspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung
 - für Therapeuten und Pflege: Befund- bzw. Berichterstellung
 - für Therapeuten und Pflege: Assessments/Instrumente zur Leistungsbeurteilung
 - für alle: ICF: Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik
 - für Ärzte: Fachaustausch Zusammenarbeit im Reha-Team
 - für Ärzte: Fachaustausch Fallkonferenzen
 - für alle: Rollenverständnis: Therapeut – Gutachter/Diagnostiker
 - für alle: Beschwerdvalidierung
- Hausaufgabe für Therapeuten: fünf Reha-Entlassungsberichte aus eigener Reha-Einrichtung lesen
 - An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen und –ergebnissen Ihrer Berufsgruppe bzw. der Berufsgruppen gefunden?
 - An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und –ergebnisse ihrer Berufsgruppe bzw. der jeweiligen Berufsgruppen aufgeführt?
 - Welche Inhalte würden Sie gerne zum Reha-Entlassungsbericht beitragen? / Was würden Sie gerne am Reha-Entlassungsbericht ändern?
- schriftliches und mündliches Feedback zur Fortbildungsveranstaltung

Material

- Folien (siehe Seiten 146 - 147)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf die Inhalte des Moduls 2, Anleitung zur Hausaufgabe, Verteilen der Feedbackbögen und Teilnahmebescheinigungen, mündliche Rückmeldungen der Teilnehmenden

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Eine abschließende zusammenfassende Darstellung der Schulungsinhalte und Ziele des Moduls 1 durch den Referenten ist wichtig. Diese hilft den Teilnehmenden, die gelernten Informationen in den Kontext des gesamten Curriculums einzuordnen. Erwartungen der Teilnehmenden an die folgenden Module können entsprechend modifiziert werden.

Ausblick auf das Modul 2

für therapeutische Berufsgruppen und Pflege



- berufsgruppenspezifische Beiträge zurLeistungsbeurteilung
- Befund- bzw. Berichterstellung
- Assessments/Instrumente zur Leistungsbeurteilung
- ICF: Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik
- Rollenverständnis: Therapeut – Gutachter/Diagnostiker
- Beschwerdvalidierung

Ausblick auf das Modul 2

für Ärzte



- berufsgruppenspezifische Beiträge zurLeistungsbeurteilung
- ICF: Funktions- und Fähigkeitsdiagnostik
- Fachaustausch Zusammenarbeit im Reha-Team
- Fachaustausch Fallkonferenzen
- Rollenverständnis: Therapeut – Gutachter/Diagnostiker
- Beschwerdvalidierung

Hausaufgabe zu Modul 2 für therapeutische Berufsgruppen

**Bitte lesen Sie fünf Reha-Entlassungsberichte
aus Ihrer Rehabilitationseinrichtung!**

Fragestellungen

- An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen und –ergebnissen Ihrer Berufsgruppe gefunden?
- An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und –ergebnisse Ihrer Berufsgruppe aufgeführt?
- Welche Inhalte würden Sie gerne zum Reha-Entlassungsbericht beitragen bzw. was würden Sie gerne am Reha-Entlassungsbericht ändern?

Hausaufgabe zu Modul 2 für Ärzte

**Bitte lesen Sie fünf Reha-Entlassungsberichte
aus Ihrer Rehabilitationseinrichtung!**

Fragestellungen

- An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen oder Therapieergebnissen der anderen Berufsgruppen gefunden?
- An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht sollten die Therapieverläufe und Ergebnisse der anderen Berufsgruppen aufgeführt werden?
- Was würden Sie gerne am Entlassungsbericht ändern?

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