

# Der neue Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung

- Johannes Falk
- Bereich Sozialmedizin
- Deutsche Rentenversicherung Bund

# ... was bisher geschah ...

1997

Einführung des einheitlichen Reha-  
Entlassungsberichts in der Rentenversicherung

Gestern

Heute

# ... was bisher geschah ...

1997

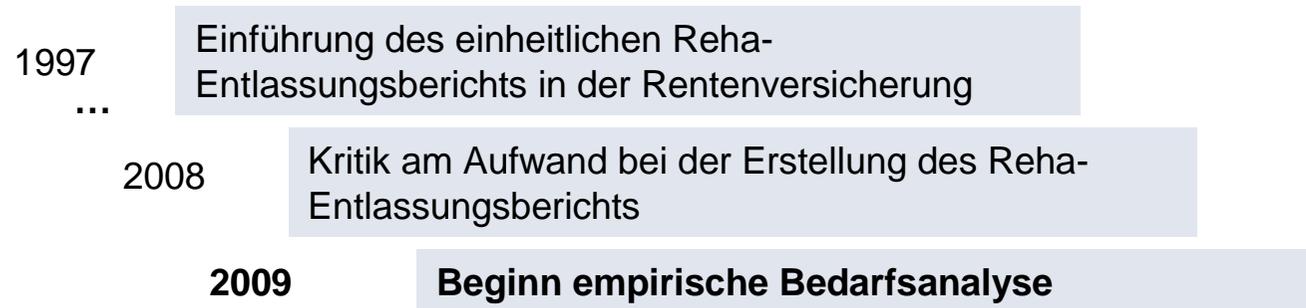
...

Einführung des einheitlichen Reha-  
Entlassungsberichts in der Rentenversicherung

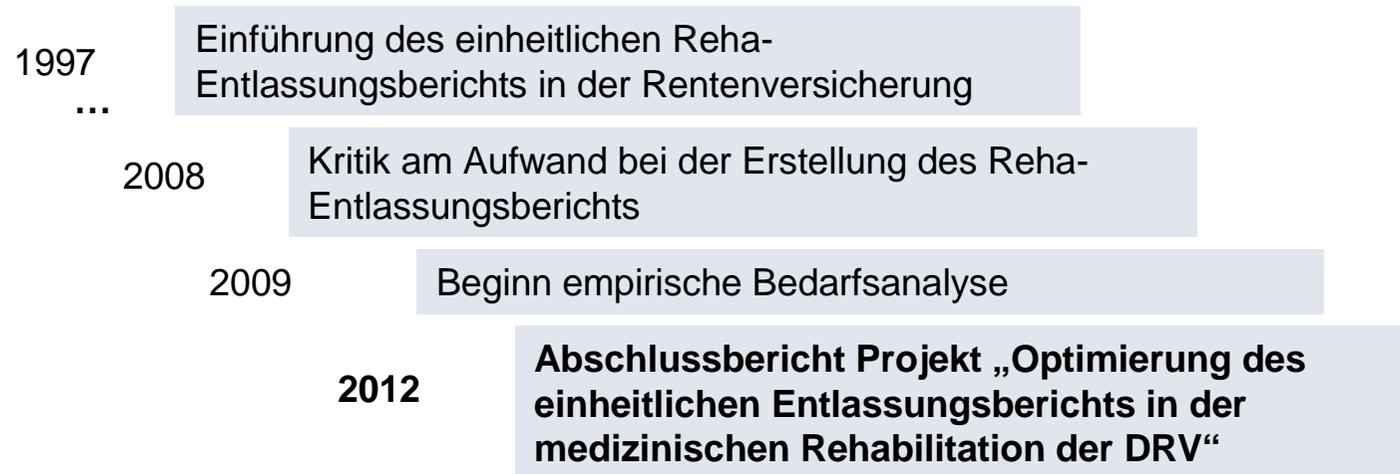
2008

**Kritik am Aufwand bei der Erstellung des Reha-  
Entlassungsberichts**

# ... was bisher geschah ...

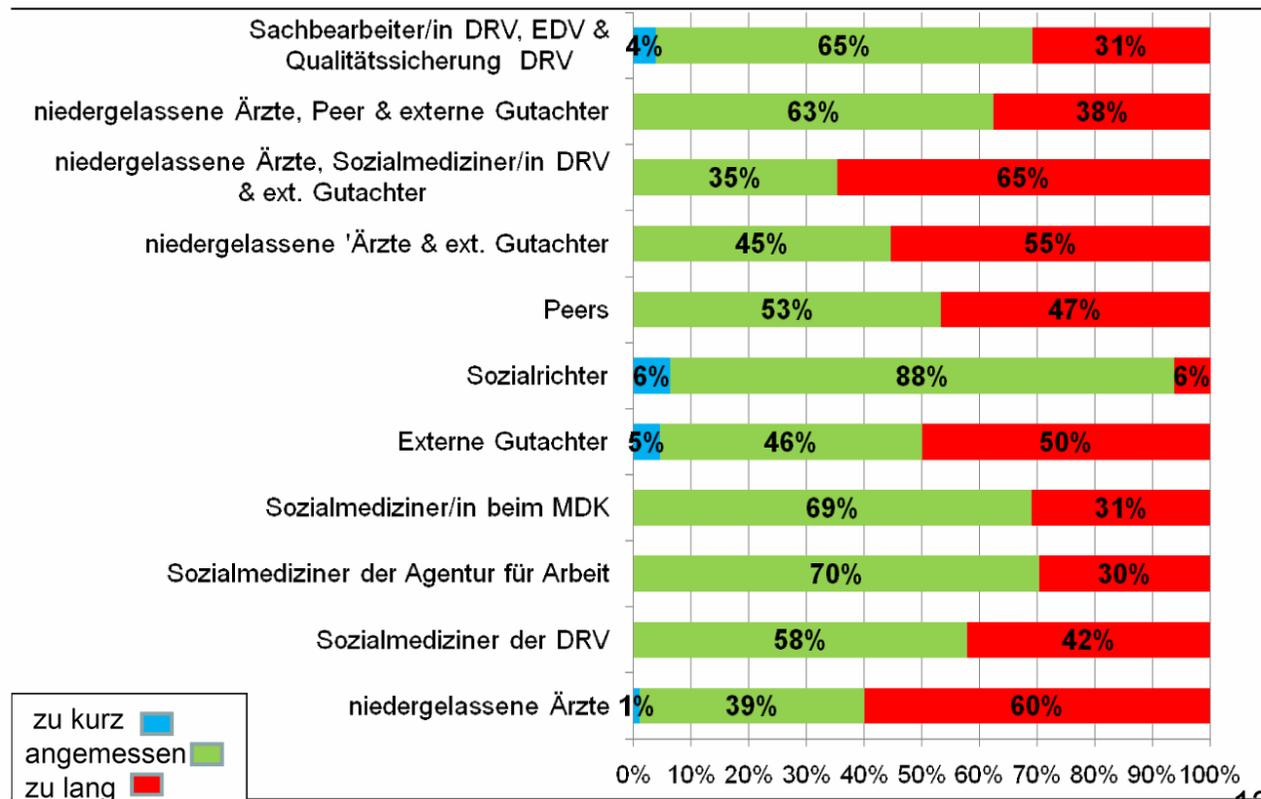


# ... was bisher geschah ...



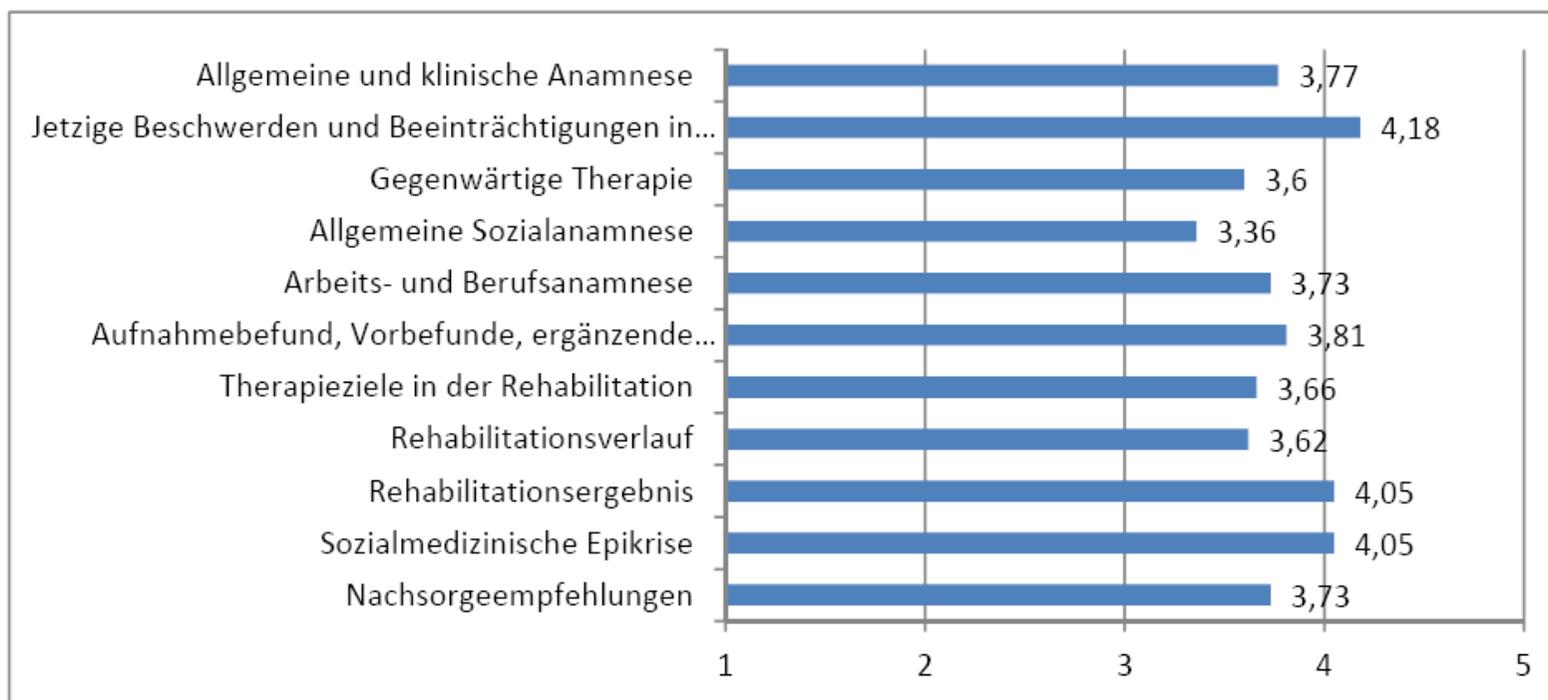
# Ergebnisse der empirischen Bedarfsanalyse

## Wie beurteilen Sie den Umfang des Reha-Entlassungsberichts?



# Ergebnisse der empirischen Bedarfsanalyse

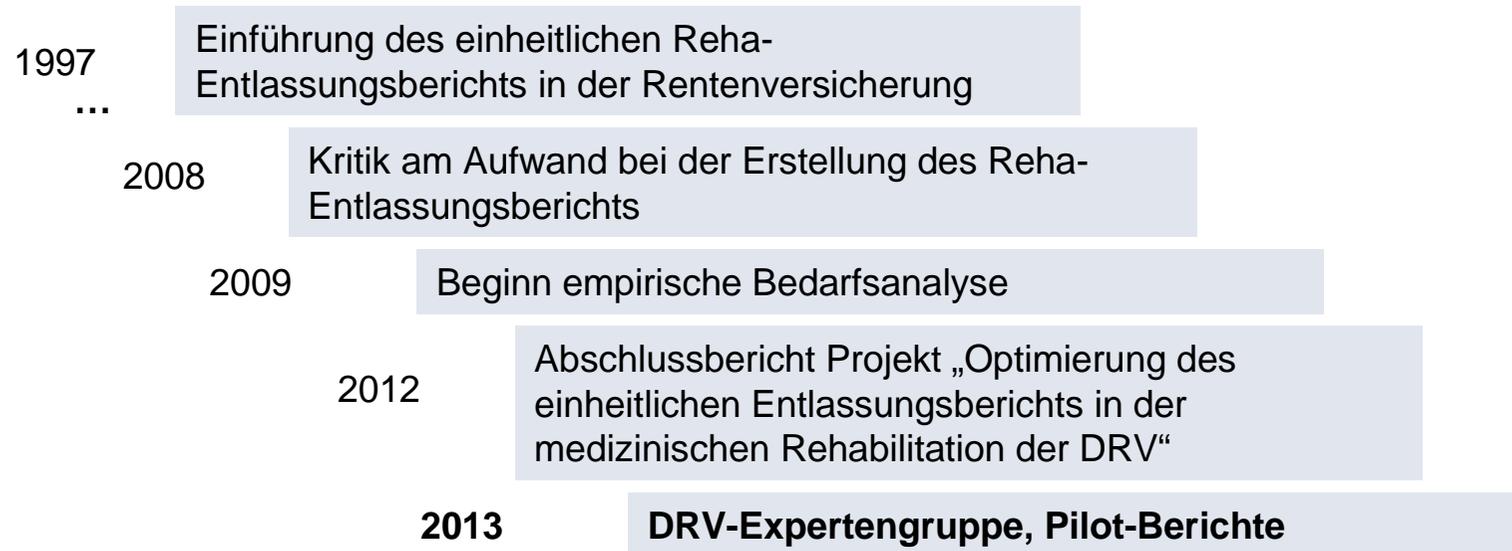
Abbildung A 1: Mittelwerte der Autorinnen- und Autoren-Einschätzungen der Wichtigkeit der inhaltlichen Gliederungspunkte des Arztberichts (Formblatt 2)



# Ergebnisse der empirischen Bedarfsanalyse

- Freitextteil (zu) lang
  - E-Berichte aus Psychosomatik und Sucht sind besonders lang
- Erstellungsdauer zu lang
- alle Teile des E-Berichts sind erforderlich
  - unterschiedliche Nutzergruppen nutzen unterschiedliche Teile
- EDV-gestützte Erstellung des E-Berichts kann zur Arbeitsentlastung beitragen
- konkrete und detaillierte Optimierungsvorschläge aus Expertenworkshop

# ... was bisher geschah ...



# ... was bisher geschah ...



# ... was bisher geschah ...



# Der neue Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**[mailto: dr.Johannes.Falk@drv-bund.de](mailto:dr.Johannes.Falk@drv-bund.de)**

# Der Leitfaden zum neuen Reha- Entlassungsbericht - was hat sich geändert?

- Silke Brüggemann
- Leiterin Bereich Sozialmedizin
- Deutsche Rentenversicherung Bund

# Was hat sich geändert?

- Formularteil (ohne Blatt 1b)
- Freitextteil
- Wo finde ich was?



Patardin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
------------------------------------	--------------

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit <small>(weitere Ausführungen auf Blatt 2, Ziffer 3.2.4)</small>	<input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausübt werden kann:	<input type="checkbox"/> 8 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

neu: Beschäftigung besteht

Hintergrundtext entfallen  
Bezeichnungen an ICF angepasst

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

1. Positives Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
Arbeitshaltung im Stehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
im Gehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
im Sitzen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	

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

<input type="checkbox"/> psychomentale Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input type="checkbox"/> relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			<input type="checkbox"/> sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann:

<input type="checkbox"/> 8 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 8 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
---	--	--

entfallen: Feld für Beschreibung des Leistungsvermögens

separater Kasten, da keine Funktion im Sinne der ICF

verschoben

neu: Sozialmedizinische Epikrise hier

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

# Gliederung Freitextteil

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

# 1. Anamnese

## 1.1 Jetzige Beschwerden

- subjektive Schilderung von gegenwärtigen Beschwerden
- Symptome, gesundheitliche Probleme sowie körperliche und psychische Befindlichkeitsstörungen, die zur Rehabilitation geführt haben

## 1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

- Wann traten die Beschwerden erstmalig auf? Gab es akute Ereignisse?
- Welche Diagnostik bzw. Behandlungen wurden durchgeführt?
- Was hat geholfen, was nicht?

## 1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

- Wesentliche reha-relevante Erkrankungen (einschließlich Berufskrankheiten), Operationen und Unfälle (einschließlich Arbeitsunfälle)
- Diagnostik mit Bedeutung für den Reha-Prozess, reha-relevante frühere Krankenhausaufenthalte und Therapien sowie frühere Rehabilitationen
- reha-relevante medizinische Risikofaktoren

## 1.4 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen und Sucht)

- krankheitsrelevante Belastungen in den Lebensphasen
- Ggf. Suchtanamnese und Vorbereitung auf die Rehabilitation
- Krankheitsverständnis

## 1.5 Vegetative Anamnese

- reha-relevante Beeinträchtigungen vegetativer Funktionen

## 2. Sozialmedizinische Anamnese

### 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

- Kontextfaktoren, die fallbezogen eine positive oder negative Auswirkung haben können, z.B. familiäre, partnerschaftliche Situation, soziale Situation, Belastungen, finanzielle Situation, Freizeitverhalten, Risikoverhalten
- Sozialversicherungsrechtlicher Status (Erwerbsstatus, laufende Sozialleistungsanträge, MdE, GdB, Pflegestufen etc.)

### 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

- Beruflicher Werdegang
- Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes (letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)
- Arbeitsunfähigkeitszeiten

### 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

- Verbindung zwischen der Struktur- und Funktionsebene und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipationseinschränkungen in Beruf und Alltag

# 3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

## 3.1 Allgemeiner körperlicher Befund

- medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung (z.B. Größe, Gewicht, Blutdruck, Körperhaltung, Haut, Reflexe)
- Normalbefunde zusammengefasst und stichwortartig

## 3.2 Allgemeiner psychischer Befund

- orientierender psychischer Befundes
- Normalbefunde zusammengefasst und stichwortartig

## 3.3 Fachspezifischer Befund

- Aussagekräftiger fachspezifischer Befund erwartet
- vorrangig Dokumentation von Abweichungen von der Norm
- Normalbefunde zusammengefasst und stichwortartig
- Sinnvoller Einsatz der indikationstypischen Untersuchungsverfahren

## 3.4 Diagnostik

- Nachvollziehbare Darstellung von während der Rehabilitation erhobenen Befunden
- gegebenenfalls Befunde mit Vorbefunden in Beziehung bringen
- **Eine umfassende Diagnostik ist in der Regel nicht erforderlich.**

# 4. Reha-Prozess und -Ergebnis

## 4.1 Individuelle Reha-Ziele

- Formulierung realistischer Einzelziele

## 4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

- klinische und sozialmedizinische Besonderheiten unter Berücksichtigung der Reha-Ziele
- **Ein unauffälliger Verlauf kann als solcher beschrieben werden.**

## 4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

- zusammenfassende Bewertung des Reha-Verlaufs
- Beschreibung der erreichten Veränderungen vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells und unter Berücksichtigung der Reha-Ziele
- Darstellung des subjektiven und objektiven Reha-Ergebnisses im Abgleich mit den Vorbefunden und den individuellen Reha-Zielen

# 5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

Darlegung und Erläuterung der Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation, z.B.

- Weiterbehandlung
- Reha-Nachsorge
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Selbsthilfe
- Sonstige Empfehlungen

# Wo finde ich was?

- Formular
  - Services → Formulare & Anträge → Reha-Einrichtungen → Reha-Einrichtungen → Reha-Einrichtungen → Ärztlicher Entlassungsbericht
- Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
  - Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Sozialmedizin → Fachinformationen Rehabilitation → Informationen für Reha-Einrichtungen → Leitfaden
- Checkliste und Manual Peer Review
  - Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Peer Review-Verfahren

# Der Leitfaden zum neuen Reha- Entlassungsbericht - was hat sich geändert?

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**[Silke.Brueggemann@drv-bund.de](mailto:Silke.Brueggemann@drv-bund.de)**

Einführungsveranstaltung zum neuen  
Reha-Entlassungsbericht



am 19.11. 2014 in Berlin

**Wie sieht die überarbeitete  
Klassifikation  
therapeutischer Leistungen  
aus?**

Anke Mitschele

Stand: 11.11.2014

Bereich 0430  
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

# Gliederung

---

1. Warum eine Aktualisierung der KTL?
2. Was ist neu?
3. Wie ist die KTL 2015 aufgebaut?
4. Anwenderbeispiele
5. Wie geht es weiter?

## Warum eine Aktualisierung der KTL?

---

- Neue Berufsabschlüsse (Bachelor, Master)
- Aktualisierung der Qualitätsmerkmale
- Ergänzen von berufsbezogenen Leistungen
- Spezielle Codes für Kinder- und Jugendlichen-Reha
- Bearbeitung der seit 2007 eingegangenen Vorschläge

## Projekt “Aktualisierung der KTL“

---

Jetzige Version	2007
Weiterentwicklung/ Vorgehensweise	Projekt ausgeschrieben
Status	Projekt: Sept. 2013 – November 2014
Projektnehmer	Universität Ulm, Dr. Kaluscha, Fr. Schmid
Projektdauer	14 Monate

# Einführungsveranstaltung zum neuen Reha-Entlassungsbericht

---



## Was ist neu?

**Bereich 0430**  
**Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik**

## Wesentliche inhaltliche Änderungen

---

- Aufnahme pädagogischer Leistungen im Kapitel H
- Erweiterung der arbeitsbezogenen Leistungen, z. B. MBOR
- Kapitel M „Ernährungsmedizinische Leistungen“ jetzt mit Schulungsleistungen
- Kapitel G „Psychotherapie“ jetzt psychotherapeutische Leistungen gesondert von suchttherapeutischen Leistungen

## Einheitlichkeit innerhalb der KTL 2015

---

- Integration der neuen Studienabschlüsse (Bachelor, Master) nach der Bologna Reform
- Gruppengrößen kapitelweit einheitlich z.B. Kleingruppen 5 Rehabilitanden, i. R. Gruppen 12 oder 15 Rehabilitanden
- Aktualisierung der Therapieziele
- Anpassung der Dauer
- Sonst. Qualitätsmerkmale ersetzt durch weitere Hinweise
- Dokumentationshinweise zu den Kapiteln einheitlich aufgebaut
- Aufnahme eines Glossars

# Systematik

---

- Reihenfolge innerhalb eines Codes, vom Speziellen zum Allgemeinen z.B.:

## **C61 Vortrag: Rehabilitation**

- **C611** Vortrag medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
- **C612** Vortrag sozialrechtliche Information
- **C613** Vortrag medizinische Rehabilitation

## I. Was bleibt in der KTL 2015?

---

- 468 Codes (KTL 2015) um alle therapeutischen Leistungen abzubilden
- Entlassungsbericht auf Blatt 1b
- Rehabilitandenbezogene therapeutische Leistungen mit Angabe ihrer Häufigkeit und Dauer
- Alle medizinischen Bereiche
  - für stationäre und ambulante Rehabilitation
  - Rehabilitation von Erwachsenen, Kindern- und Jugendlichen
- Transparenz der therapeutischen Prozesse

## II. Was bleibt in der KTL 2015?

---

Was kann die Klassifikation therapeutischer Leistungen **nicht** ?

- keine Abrechnung von Leistungen
- keine Personalbemessung
- keine diagnostischen Leistungen
- keine Leistungen ohne Therapeuten-Patienten-Interaktion

# Wie ist die KTL 2015 aufgebaut?

# Wie ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen aufgebaut?

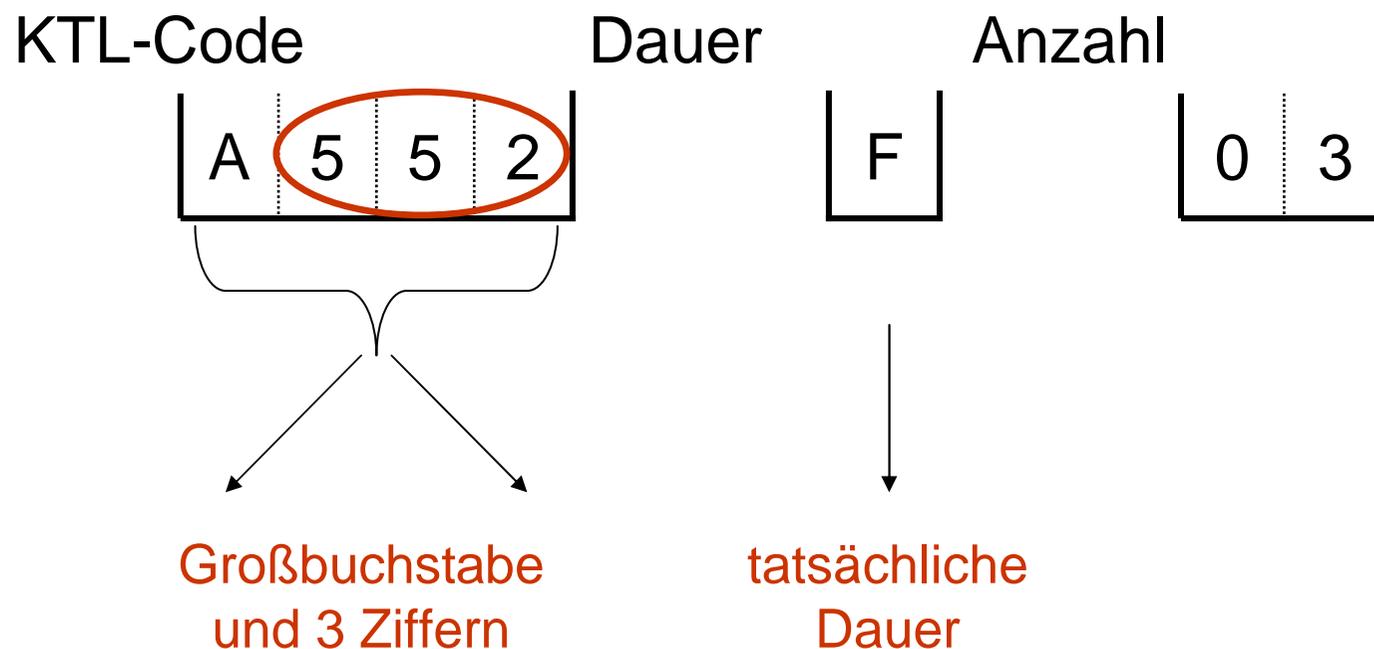
---

- A – Sport- und Bewegungstherapie
- B – Physiotherapie
- C – Information, Motivation, Schulung
- D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
- E – Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie
- F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie
- G – Psychotherapie
- H – Reha-Pflege und **Pädagogik**
- K – Physikalische Therapie
- L – Rekreationstherapie
- M – Ernährungsmedizinische Leistungen**

Systematik orientiert sich an therapeutischen Inhalten – nicht an Berufsgruppen

## Was ist neu?

### Ausdauertraining ohne Monitoring in der Gruppe



Eindeutiges Merkmal zur Unterscheidung der Versionen (Code 55)

# Codierung der Dauer therapeutischer Leistungen in Minuten

A	5 Min.	F	30 Min.	L	60 Min.	R	150 Min.
B	10 Min.	G	35 Min.	M	75 Min.	S	180 Min.
C	15 Min.	H	40 Min.	N	90 Min.	T	240 Min.
D	20 Min.	I	45 Min.	P	100 Min.	U	300 Min.
E	25 Min.	K	50 Min.	Q	120 Min.	<b>W</b>	<b>≥360 Min.</b>
Z	<b>keine Zeitangabe möglich</b>						

# Anwenderbeispiele

# Sport- und Bewegungstherapie

## Kapitel A

KTL 2007	KTL 2015
<b>A01 Ausdauertraining mit Monitoring</b>	
A011 Ausdauertraining mit EKG-Monitoring	
A012 Ausdauertraining mit Oxymeter-Monitoring	
A019 Ausdauertraining mit sonstigen Monitoring	<b>A55 Ausdauertraining in der Gruppe</b>
<b>A02 Ausdauertraining ohne Monitoring</b>	A551 Ausdauertraining mit Monitoring in der Gruppe
A021 Geh-u. Lauftraining mit definierter Belastung	A552 Ausdauertraining ohne Monitoring in der Gruppe
A022 Ergometertraining ohne Monitoring	
A023 Radfahren im Gelände	
A024 Therapieformen im Wasser (z.B. Schwimmen, Aquajogging)	
A025 Skilanglauf	
A029 Sonstiges Ausdauertraining ohne Monitoring	

## A570 Arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining in der Kleingruppe

**Berufsgruppe:** Sportlehrer (BA, MA, Diplom), Sportwissenschaftler (BA, MA, Diplom), Sport- und Gymnastiklehrer, Physiotherapeut

**Zusatzqualifikation:**

**Fachgebiet:** fachgebietsübergreifend

**Indikation:** berufs- und tätigkeitsspezifische Einschränkungen im muskulären Bereich

**Therapieziel:** Verbesserung der Koordination und Kraftfähigkeit arbeitsplatzrelevanter Muskelgruppen, Verbesserung der statischen und dynamischen Kraftentwicklung, Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination, Erhöhung der funktionellen Kapazität

## A570 Arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining in der Kleingruppe

<b>Mindestdauer:</b>	30 Minuten
<b>Frequenz:</b>	mindestens 2 mal pro Rehabilitation
<b>Anzahl</b>	
<b>Rehabilitanden:</b>	maximal 5 Rehabilitanden
<b>Weitere Hinweise:</b>	z.B. arbeitsplatzbezogene medizinische Trainingstherapie

# Ernährungsmedizinische Leistungen

---

- 1 Kapitel – ernährungsmedizinische Leistungen
- Beratung, Abstimmung als therapeutische Leistungen
- Keine Mahlzeiten codieren
- Praxisanteile – Umsetzung des Erlernten in den Alltag

# Ernährungsmedizinische Leistungen

## Kapitel M

---

- M55 Abstimmung einer definierten Kostform
- M56 Abstimmung einer keimreduzierten Ernährung
- M57 Monitoring einer Allergensuchkost
- M58 Abstimmung einer künstlichen Ernährungsform
- M59 Ernährungsberatung einzeln
- M60 Ernährungsberatung in der Gruppe
- M61 Beobachtete (pädagogische) Mahlzeiten in der Kleingruppe
- M62 Lehrküche in der Gruppe
- M63 Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe
- M64 Information über Schulungsbuffet

# Pädagogische Leistungen

---

- Neu in KTL 2015
- Im neuen Kapitel H Pflege und Pädagogik
- Alle KTL-Leistungen – Kinder und Jugendliche
- Dauer angepasst
- Gegebenenfalls mit relevanten Bezugspersonen

# Pädagogische Leistungen

## Kapitel H

---

H740 Supportives Gespräch

H750 Pädagogische Intervention einzeln

H760 Pädagogische Intervention in der Kleingruppe

H770 Erlebnispädagogik in der Gruppe

H780 Umsetzung von Verhaltensmodifikationen im Alltag einzeln

H790 Lernförderung einzeln

H800 Lernförderung in der Kleingruppe

H810 Konzentrationstraining in der Kleingruppe

H820 Tiergestützte Therapie einzeln

H830 Tiergestützte Therapie in der Kleingruppe

H841 Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe

H842 Bewerbungstraining in der Gruppe

## **C55 Ärztliche Beratung und Intervention einzeln**

**C551 Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln**

**C552 Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln**

**C553 Ärztliche therapeutische Intervention einzeln**

**Berufsgruppe:** Arzt

**Zusatzqualifikation:**

**Fachgebiet:** fachgebietsübergreifend

**Indikation:** indikationsübergreifend

**Therapieziel:** Vermittlung von Informationen zu sozialmedizinischen Fragestellungen (C551), Vermittlung zu Informationen zur Krankheit, zu Behandlungsmöglichkeiten und zum Umgang mit bestehenden Einschränkungen, Krankheitsbewältigung, Motivation zur Verhaltensänderung (C 551, C552), spezielle Schmerzbehandlung (C553)

23

## **C55 Ärztliche Beratung und Intervention einzeln**

**C551** Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln

**C552** Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln

**C553** Ärztliche therapeutische Intervention einzeln

**Mindestdauer:** 15 Minuten

**Frequenz:** individuell

**Anzahl**

**Rehabilitanden:** 1 Rehabilitand

**Weitere Hinweise:** z.B. Erläuterungen zur medikamentösen Ein- und Umstellung, Beratung zum Umgang mit sexuellen Funktionsstörungen (C552), Infiltration, Akupunktur, Chirotherapie (C553)

# Wie geht es weiter?

## Neue KTL 2015 IV

---

- Überleitungstabelle KTL 2007 – KTL 2015
- Endredaktion zur Vorbereitung der Neuauflage
- Internetversion
- Druck der Neuauflage
- Einführung der KTL 2015 zum 01.01.2015
- Übergangszeit bis zum 31.12.2015

## Fazit

---

- Wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation
- Veränderungen grundsätzlicher Konzepte, Therapien oder Rahmenbedingungen der Reha machen regelmäßige Anpassungen der KTL erforderlich
- Verbesserung der Datenqualität angestrebt
  - Präzisierung der Codes
  - Überarbeitung der Qualitätsmerkmale

# Einführungsveranstaltung zum neuen Reha-Entlassungsbericht

am 19.11. 2014 in Berlin

**Es ist die Kunst, so genau wie möglich  
abzubilden, ohne zu differenziert zu sein.**



**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!**  
[anke.mitschele@drv-bund.de](mailto:anke.mitschele@drv-bund.de)

# Einführungsveranstaltung zum neuen Reha-Entlassungsbericht

---



am 19. November 2014 in Berlin

## Der Reha-Entlassungsbericht als Informationsquelle für die Reha-Qualitätssicherung

**Berthold Lindow**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Bereich 0430 – Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik

## **1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation**

- **Programm**
- **Berichte und Datenquellen**

## **2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht**

- **Basisdaten**
- **Sozialmedizin**
- **KTL**
- **Freitext**

## **3. Peer Review**

## **4. Ausblick**

## 1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

- Programm
- Berichte und Datenquellen

## 2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Basisdaten
- Sozialmedizin
- KTL
- Freitext

## 3. Peer Review

## 4. Ausblick

# Dimensionen der Reha-Qualität I

---

## I. Qualität der rehabilitativen Versorgung (Behandlungsqualität)

- Peer Review-Verfahren (PR)
- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Reha-Therapiestandards (RTS)

## II. Qualität aus Sicht des Rehabilitanden (Patientenorientierung)

- Rehabilitandenzufriedenheit
- Subjektives Behandlungsergebnis

## Dimensionen der Reha-Qualität II

---

### III. Qualität der Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung

- Strukturerhebung (Personal, Ausstattung, Organisation)
- (Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der DRV)

### IV. Qualitätssicherung „vor Ort“

- RV-einheitliche Visitationen

### V. Qualitätsrelevante Zusatzinformationen

- Rehabilitandenstruktur (RST)
- Sozialmedizinischer Verlauf nach med. Rehabilitation (SMV)

## **1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation**

- **Programm**
- **Berichte und Datenquellen**

## 2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Basisdaten
- Sozialmedizin
- KTL
- Freitext

## 3. Peer Review

## 4. Ausblick

## Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



Rehabilitandenbefragung



Peer Review



Therap. Versorgung (KTL)  
Reha-Therapiestandards



Sozialmedizinischer Verlauf



Rehabilitandenstruktur

## Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben



Berliner Fragebogen



Sozialmedizinischer  
Status (SMS)



Ergebnis (Abschluss)  
der berufl. Bildungsleistung

- Reha - Routinedaten – Reha Statistik Datenbasis (RSD)
- Reha - QS-Daten
  - Daten der Rehabilitandenbefragung
  - Peer Review
  - Reha Einrichtungen Datenbank (REDA)
  - Fachliche/Technische Definitionstabellen

# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

## Merkmale in der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)

---

- soziodemografische Merkmale  
(u.a. Alter, Geschlecht, Familienstand, Todesdatum)
- Merkmale zur Erwerbstätigkeit  
(u.a. Pflichtbeiträge, Arbeitslosigkeit, Einkommen, Berentung)
- krankheitsbezogene Merkmale  
(u.a. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeit, Reha-Maßnahmen, Erwerbsminderungsrenten)
- versorgungsbezogene Merkmale  
(u.a. therapeutische Leistungen, weiterführende Maßnahmen, Nachsorge)

# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

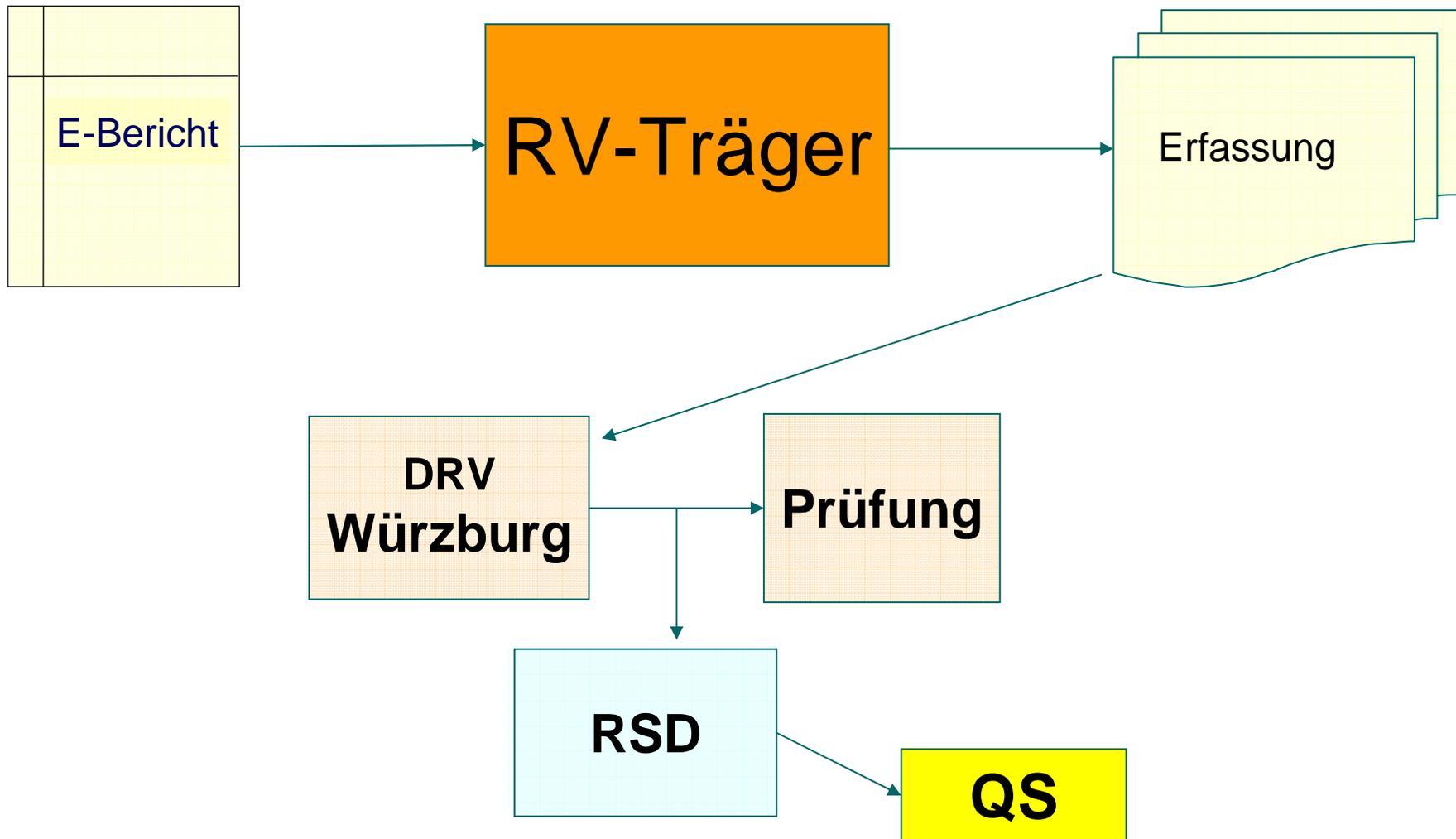
## Umfang der Reha-Statistik-Datenbasis (2002-2009)

---

- Anzahl der Versicherten 18,9 Mio.
- Anträge zur med. Reha 12,3 Mio.
- Anträge zur berufl. Reha 3,0 Mio.
- Anträge zu Renten 14,2 Mio.
- Angabe zu RV-Beiträgen 100,6 Mio.

# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

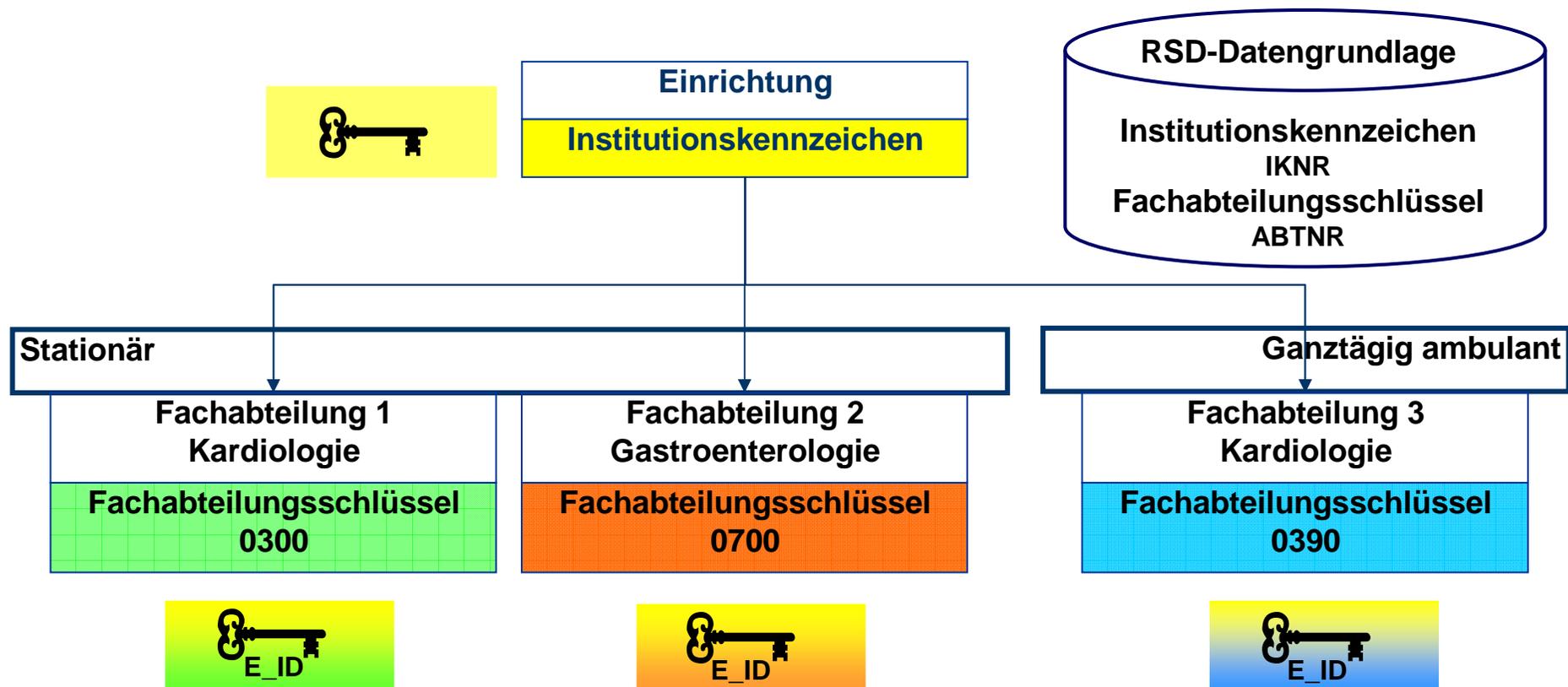
## Datenfluss E-Bericht



# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

## REDA – Zuordnung

... der Einrichtung über die Schlüsselmerkmale:  
Institutionskennzeichen und Fachabteilungsschlüssel



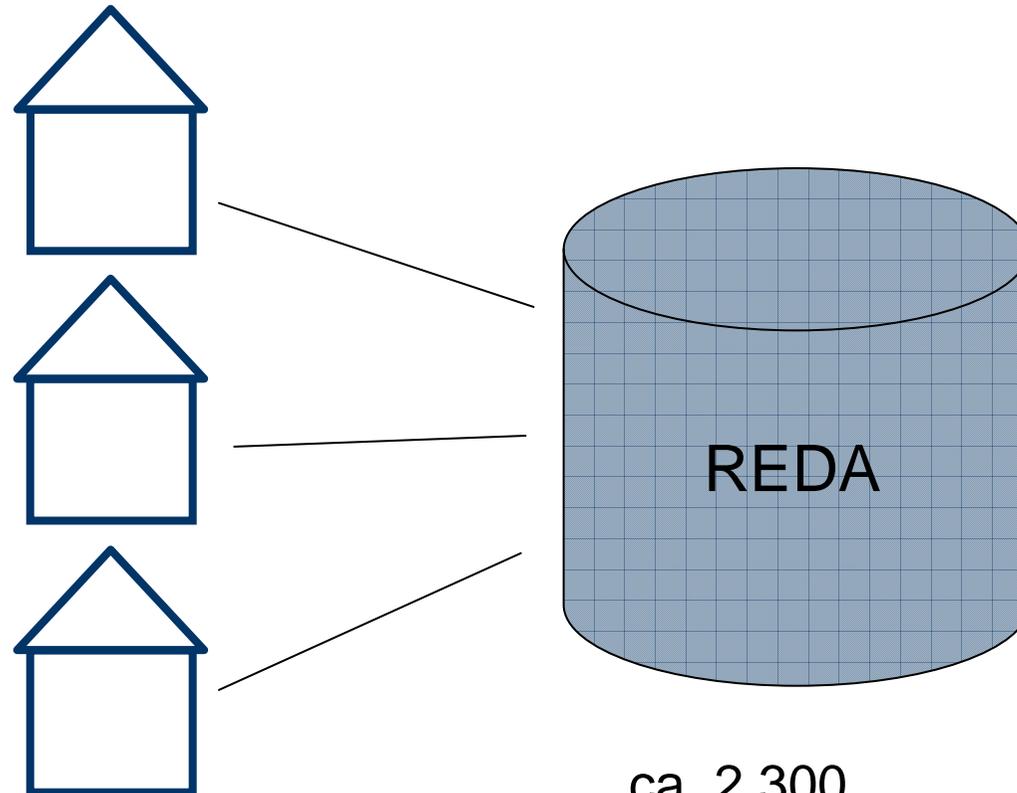
# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

## Reha-Einrichtungsdatenbank (REDA)

Grundlage für  
QS-Berichterstattung  
zur Fachabteilung

Herkunft der Daten:

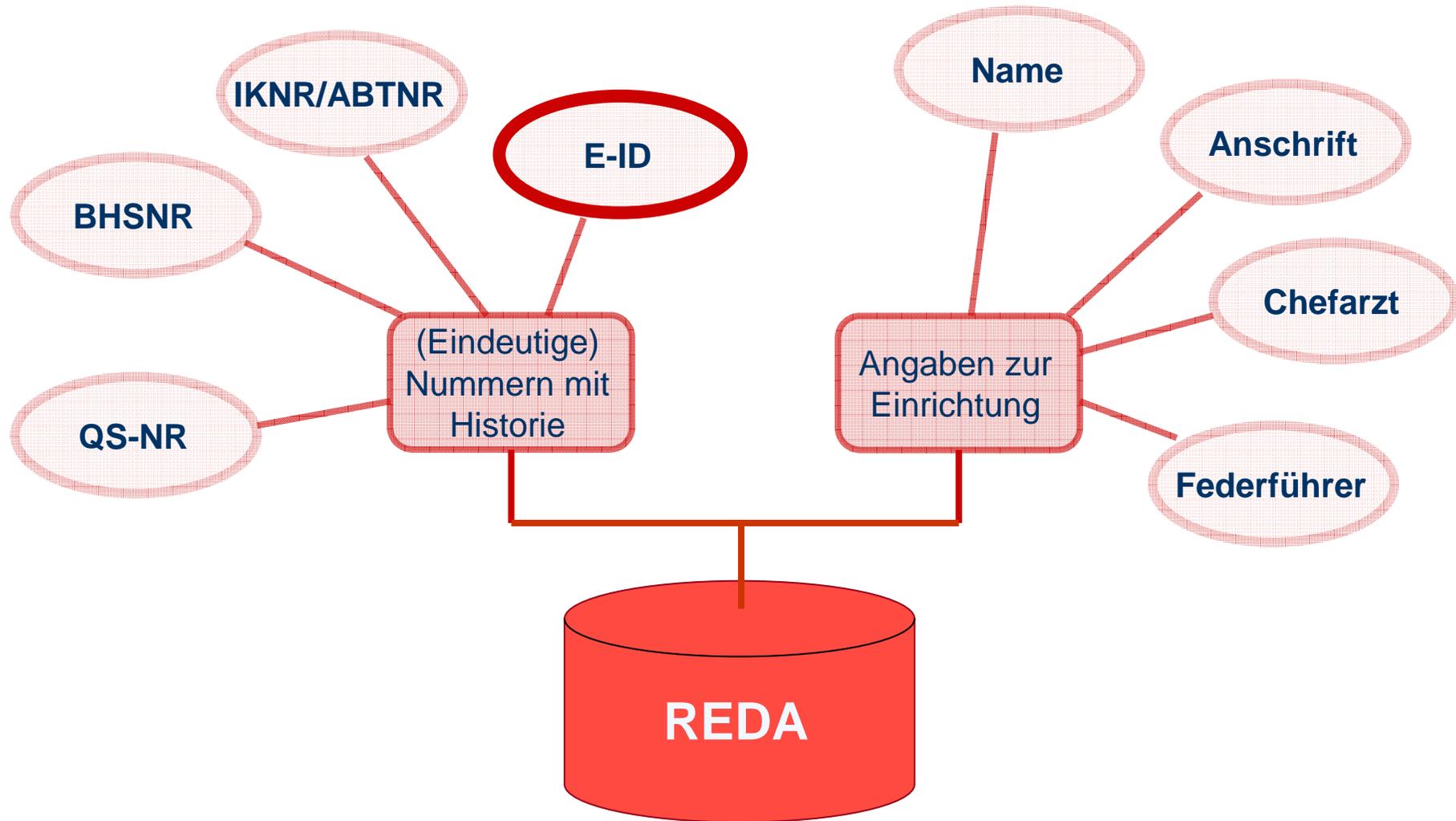
- Trägerinfos
- Einrichtungsdaten  
DRV Bund (PMV)
- Einrichtungskorrekturblatt
- Strukturhebung



ca. 2.300  
Einrichtungen/Fachabteilungen

# Datenquellen der Reha-Qualitätssicherung

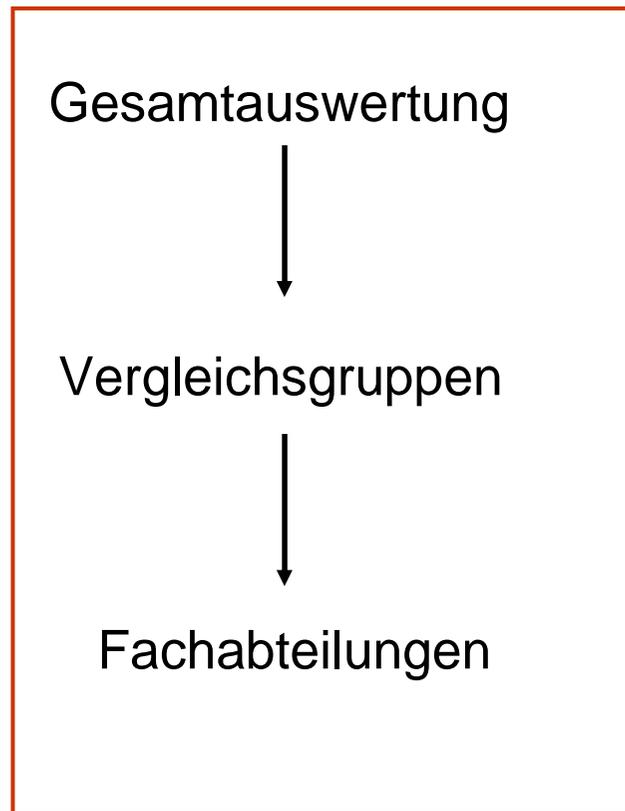
## REDA – Inhalt



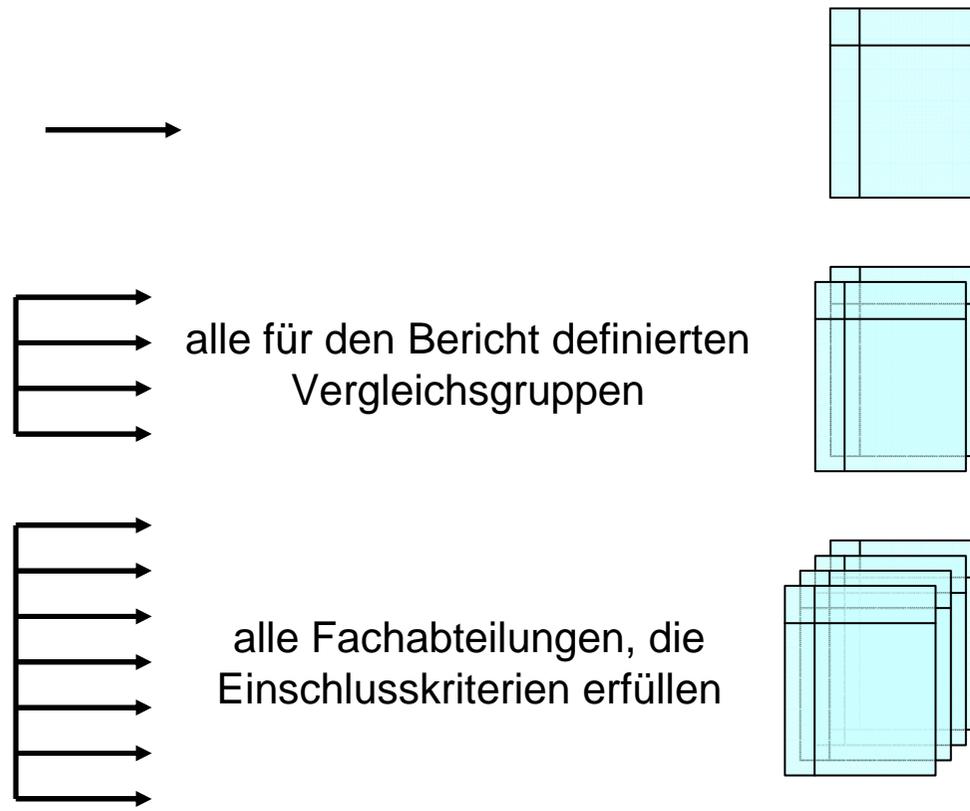
# Berichterstellung der Reha-Qualitätssicherung

## Kaskadierende Auswertungen

### STAP-Auswertungstyp



### Auswertungsgruppen



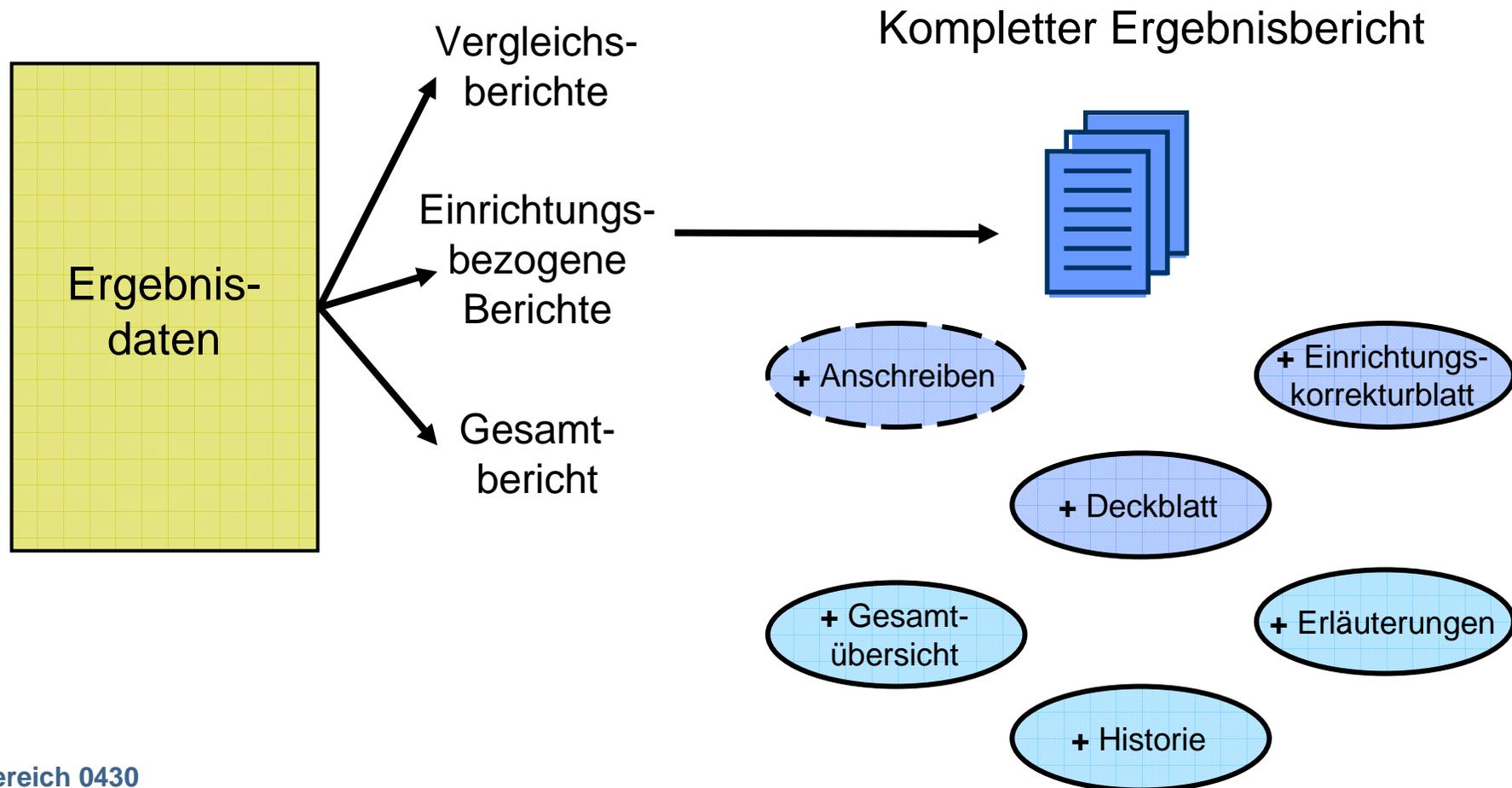
# QS- Bericht zur Rehabilitandenstruktur

## Zuordnung der Fachabteilungen zu den QS-Vergleichsgruppen – Auszug

QS-Vergleichsgruppen	Fachabteilungen*	
Orthopädische Reha-Einrichtungen	2300	Orthopädie
	2309	Orthopädie - Schwerpunkt Rheumatologie
	2395	Verhaltensmedizinische Orthopädie
	2397	MBOR Orthopädie
Onkologische Reha-Einrichtungen	0105	Innere Medizin - Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	2200	Urologie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2425	Frauenheilkunde
Kardiologische Reha-Einrichtungen	0103	Innere Medizin - Schwerpunkt Kardiologie
	0300	Kardiologie
	3750	Angiologie

...

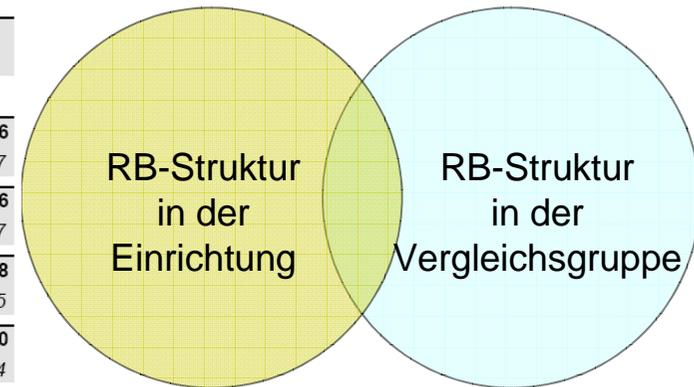
## Erstellung der Ergebnisberichte als PDF-Dateien



# QS-Bericht zur Rehabilitandenstruktur

## Ausgewählte Merkmale der Teilnehmer

T 1 Teilnehmermerkmale	Auswahl	Vgl.-Gruppe	n
Alter (Durchschnitt)	<b>41,3 Jahre</b>	42,4 Jahre	<b>346</b> 13.247
Frauen	<b>43%</b>	26%	<b>346</b> 13.247
Rehabilitanden aus den neuen Bundesländern	-	20%	<b>338</b> 11.015
Arbeitslose	<b>17%</b>	35%	<b>290</b> 10.234
verheiratete Rehabilitanden	<b>61%</b>	58%	<b>326</b> 10.809
Rehabilitanden mit deutscher Staatsangehörigkeit	<b>95%</b>	95%	<b>344</b> 13.217
Reha-Leistung aus vorherigem med. Rehaverfahren	<b>12%</b>	8%	<b>346</b> 13.247
Integrationsmaßnahmen	<b>23%</b>	38%	<b>346</b> 13.247
Maßnahmedauer (Durchschnitt)	<b>413 Tage</b>	344 Tage	<b>346</b> 13.220
mit Erfolg abgeschlossen	<b>74%</b>	73%	<b>295</b> 10.070
Unterbringung am Schulungsort	<b>26%</b>	40%	<b>346</b> 13.247



### Merkmale:

- Alter
- Anteil Frauen
- Familienstand
- Arbeitslose
- ...

## 1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

- Programm
- Berichte und Datenquellen

## 2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- **Basisdaten**
- **Sozialmedizin**
- **KTL**
- **Freitext**

## 3. Peer Review

## 4. Ausblick

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

**Vergleichsgruppe  
Zuordnung RST**


**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Bereich EDV Bl. 1

**Ärztlicher Entlassungsbericht**    Ausfertigung für den RV-Träger

Versicherungsnummer 	Kennzeichen 
Patientin / Patient (Name, Vorname)	
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten 	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl 	Wohnort
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch	

MSAT / MSNR 											
Rehabilitationseinrichtung Reha-Klinik Schönhausen Zur schönen Aussicht 12345 Schönhausen											
Abteilung Kardiologische Abteilung											
IK-NR 1   2   3   4   5   6   7   8   9						Abt.-NR   0   3   0   0					

Aufnahme datum 	Entlassungsdatum 	Art der Durchführung <input type="checkbox"/> 1 = stationär <input type="checkbox"/> 2 = ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> 3 = ambulant	Besondere Behandlungsformen <input type="checkbox"/> 0 = keine <input type="checkbox"/> 1 = MBOR <input type="checkbox"/> 2 = VMO <input type="checkbox"/> 3 = VOR <input type="checkbox"/> 9 = Sonstige
--------------------	----------------------	--	---

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### Zuordnung der Fachabteilungen zu den QS-Vergleichsgruppen – Auszug

QS-Vergleichsgruppen	Fachabteilungen*	
Orthopädische Reha-Einrichtungen	2300	Orthopädie
	2309	Orthopädie - Schwerpunkt Rheumatologie
	2395	Verhaltensmedizinische Orthopädie
	2397	MBOR Orthopädie
Onkologische Reha-Einrichtungen	0105	Innere Medizin - Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	2200	Urologie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2425	Frauenheilkunde

...

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

Vergleichsgruppe  
Zuordnung RST


**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Bereich EDV Bl. 1

Ärztlicher  
Entlassungsbericht

Ausfertigung für den RV-Träger

Versicherungsnummer										Kennzeichen			
Patientin / Patient (Name, Vorname)													
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten													
Straße, Hausnummer													
Postleitzahl				Wohnort									
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch													

MSAT / MSNR													
Rehabilitationseinrichtung													
Abteilung													
IK-NR							Abt.-NR						

Aufnahmedatum				Entlassungsdatum				Art der Durchführung 1 = stationär 2 = ganztägig ambulant 3 = ambulant			
---------------	--	--	--	------------------	--	--	--	---	--	--	--

Besondere Behandlungsformen  
 0 = keine  
 1 = MBOR  
 2 = VMO  
 3 = VOR  
 9 = Sonstige



**Behandlungsdauer**



**Art der Durchführung**

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### D.2.6 Angaben zur Durchführung, Abschluss und Leistungsfähigkeit

	weiblich	männlich	Gesamt
<b>Maßnahmedauer (Durchschnitt in Tagen)</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
(Dauer = Differenz zw. Entlassungs- und Aufnahmedatum)	23 Tage	23 Tage	23 Tage

### D.2.3 Bescheid-Daten

	weiblich	männlich	Gesamt
...			
<b>Art der Durchführung</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
stationär	98%	97%	97%
ganztägig ambulant	2%	3%	3%

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

Vergleichsgruppe  
Zuordnung RST

Deutsche Rentenversicherung  
Bereich EDV Bl. 1

Ärztlicher  
Entlassungsbericht

Ausfertigung für den RV-Träger

Versicherungsnummer										Kennzeichen			
Patientin / Patient (Name, Vorname)													
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten													
Straße, Hausnummer													
Postleitzahl				Wohnort									
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch													

MSAT / MSNR													
Rehabilitationseinrichtung													
Abteilung													
IK-NR							Abt.-NR						

Aufnahmedatum				Entlassungsdatum			
---------------	--	--	--	------------------	--	--	--

<input type="checkbox"/> Art der Durchführung 1 = stationär 2 = ganztägig ambulant 3 = ambulant
--

<input type="checkbox"/> Besondere Behandlungsformen 0 = keine 1 = MBOR 2 = VMO 3 = VOR 9 = Sonstige
---

Behandlungsdauer

neu !  
MBOR  
Vergleichsgruppe

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

---

- Zuordnung zu „Besonderen Behandlungsformen“
- Gezielte Auswertungen
- Konzeptumsetzung
- Abgleich Anforderungsprofile
- Vergleichsgruppenbildung

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

**Diagnosen**

	Diagnosenschlüssel ICD-10-GM	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseitig
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagn. V = Verdachtsdiagn. Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagn.
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

**Erstdiagnose RTS  
Angabe RST**

# Reha-Therapiestandards KHK

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### 4. Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards

Die vorliegenden Reha-Therapiestandards gelten für alle Rehabilitanden mit folgenden Erstdiagnosen (ICD-10-GM) im Entlassungsbericht:

I20	Angina pectoris
I21	Akuter Myokardinfarkt
I22	Rezidivierender Myokardinfarkt
I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
I24	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit
Z95.1	Aortokoronarer Bypass
Z95.5	Implantat oder Transplantat nach koronarer Gefäßplastik

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### D.2.8 Erste Diagnose (ICD-10-GM), Kapitel

	weiblich	männlich	Gesamt
<b>Entlassungsberichte mit gültiger Diagnose</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
Kap. II. Neubildungen	0%	-	0%
Kap. III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-	0%	0%
Kap. IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-	0%	0%

...

### D.2.9 Erste Diagnose (ICD-10-GM), Diagnosespektrum

	weiblich	männlich	Gesamt
<b>Entlassungsberichte mit gültiger Diagnose</b>	<b>381</b>	<b>420</b>	<b>801</b>
<b>C00 - D49 Kap. II. Neubildungen</b>	<b>0%</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>
<b>D50 - D90 Kap. III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>E00 - E99 Kap. IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>G00 - G99 Kap. VI. Krankheiten des Nervensystems</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
<b>I00 - I99 Kap. IX. Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	<b>-</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>K00 - K93 Kap. XI. Krankheiten des Verdauungssystems</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>L00 - L99 Kap. XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>
<b>M00 - M99 Kap. XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>	<b>92%</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>
<b>M05 - M14 Entzündliche Polyarthropathien</b>	<b>14%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

**RST**

Krankheitsursache

0 = 1 - 5 trifft nicht zu

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolge

4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung

Entlassungsform

1 = regulär

2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung

3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis

4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis

5 = disziplinarisch

6 = verletzt

7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha

9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit

0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben

1 = arbeitsfähig

3 = arbeitsunfähig

4 = Kinder-Reha

5 = Hausfrau / Hausmann

9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme

0 = keine

1 = bis unter 3 Monate

2 = 3 bis unter 6 Monate

3 = 6 und mehr Monate

9 = nicht erwerbstätig

AU bei Aufnahme

1 = ja

2 = nein

**Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung:** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung <input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP <input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Funktionstraining	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	

**Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:**

Unterschriftsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

\_\_\_\_\_

Versions-Nr.

0	4
---	---

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. \_\_\_\_\_

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

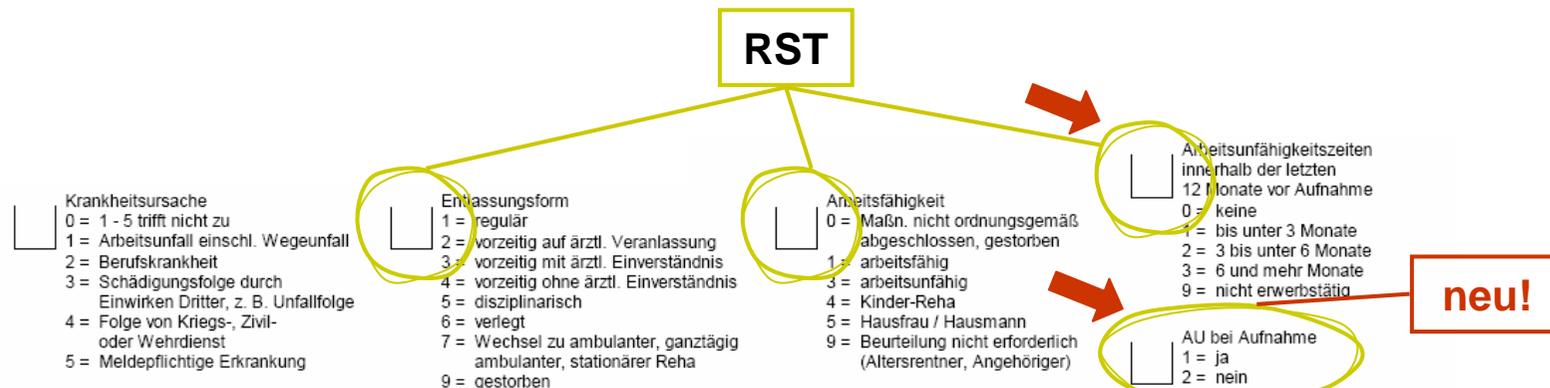
## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### D.2.6 Angaben zur Durchführung, Abschluss und Leistungsfähigkeit

	weiblich	männlich	Gesamt
<b>Maßnahmedauer (Durchschnitt in Tagen)</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
(Dauer = Differenz zw. Entlassungs- und Aufnahmedatum)	23 Tage	23 Tage	23 Tage
<b>Entlassungsform</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
regulär	98%	96%	97%
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	1%	0%	0%
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	2%	2%	2%
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	-	-	-
disziplinarisch	-	-	-
verlegt	0%	1%	0%
Wechsel in eine andere Reha-Form	-	1%	0%
gestorben	-	-	-
<b>Arbeitsfähigkeit bei Entlassung</b>	<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
keine Aussage möglich	0%	0%	0%
arbeitsfähig	42%	35%	38%
arbeitsunfähig	57%	65%	61%
Beurteilung nicht erforderlich	1%	-	0%

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1



**Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung:** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen		Rentenversicherung		Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> Funktionstraining	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge		

**Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:**

Unterschriftsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

\_\_\_\_\_

Versions-Nr.

0	4
---	---

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. \_\_\_\_\_

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### D.2.5 Merkmale zum Erwerbsstatus

...

#### Arbeitsunfähigkeit (AU) vor Reha

keine AU-Zeiten innerhalb von 12 Monaten vor Reha

bis unter 3 Monate AU

3 bis unter 6 Monate AU

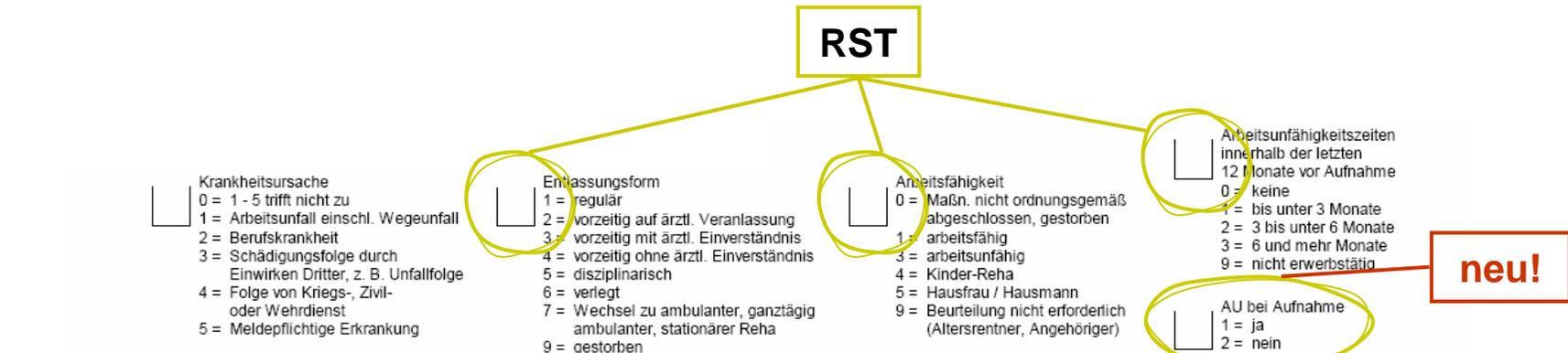
6 und mehr Monate AU

nicht erwerbstätig

<b>381</b>	<b>421</b>	<b>802</b>
24%	16%	20%
40%	43%	41%
12%	11%	11%
22%	29%	26%
3%	1%	2%

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1



**Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich**

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	
<input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Funktions-training	
<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie		

**Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:**

Unterschriftsdatum:

Ort: \_\_\_\_\_

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. \_\_\_\_\_

Versions-Nr.  0  4

Leitende Ärztin / Leitender Arzt: \_\_\_\_\_

Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1

### D.2.7 Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen

Empfehlungen	weiblich	männlich	Gesamt
Diagnostische Klärung	381	421	802
Kontrolle Laborwerte/Medikamente	6%	8%	7%
Stationäre Behandlung/OP	83%	84%	84%
Suchtberatung	2%	3%	2%
Psychologische Behandlung/Psychotherapie	-	1%	0%
Heil- und Hilfsmittel inkl. Physiotherapie und Ergotherapie	5%	2%	3%
Übungen selbständig fortsetzen	61%	61%	61%
Sport und Bewegung	93%	95%	94%
Gewichtsreduktion	18%	19%	19%
Nikotinkarenz	20%	22%	21%
Alkoholkarenz	4%	6%	5%
Selbsthilfegruppe	1%	2%	1%
Rehabilitationssport	0%	-	0%
Funktionstraining	11%	5%	8%
Stufenweise Wiedereingliederung*	4%	2%	3%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	6%	4%	5%
Reha-Nachsorge	12%	13%	12%
	43%	47%	45%

\* Stufenweise Wiedereingliederung nur erwerbstätige Rehabilitanden, daher können die Fallzahlen abweichen

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1a

RST & PR

### Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

#### A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit <small>(weitere Ausführungen auf Blatt 2, Ziffer 3.2.4)</small>	<input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht		
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

#### B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

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

Körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen		im Sitzen	
<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über- wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über- wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über- wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über- wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über- wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise
Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	

# Berichte zur Rehabilitandenstruktur

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1a

### D.2.6 Angaben zur Durchführung, Abschluss und Leistungsfähigkeit

Leistungsfähigkeit (letzter Beruf)	381	421	802
6 Stunden und mehr	69%	65%	66%
3 bis unter 6 Stunden	2%	2%	2%
unter 3 Stunden	29%	34%	31%
keine Angabe erforderlich	1%	-	0%

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1a

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

<input type="checkbox"/> psychomenteale Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input type="checkbox"/> relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			<input type="checkbox"/> sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.

<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
---	--	--

**C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)**

Peer Review

# Checkliste

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1a

<b>Bereich D – Sozialmedizinische Epikrise</b>							
vgl. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Kapitel 4							
			keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
Aussagen zur letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit							
D.1	Qualitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>					
D.2	Quantitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>					
Positives und negatives Leistungsvermögen							
D.3	Qualitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>					
D.4	Quantitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>					
D.5	Einschätzung des Rehabilitanden zu seinem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>					
D.6	Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung plausibel	<input type="checkbox"/>					

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1b

Ärztlicher  
Entlassungsbericht    Ausfertigung für den RV-Träger

Bereich EDV    Bl. 1b

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

**KTL  
RTS  
PR**

# Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 1b

## Therapeutische Versorgung (KTL) Bericht 2014

### D.3 Auswertung der am häufigsten dokumentierten KTL-Codes

Tabelle 5: Häufig dokumentierte KTL-Codes

Häufig dokumentierte KTL-Codes sortiert nach KTL-Kapitel	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer (Std.)	
			pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
<b>A Sport- und Bewegungstherapie</b>						
A011 Ausdauertraining mit EKG-Monitoring	1.435	89%	2,5	8,3	1,5	4,8
A031 Dynamisches oder statisches Muskelaufbautraining an/mit Krafttrainingsgeräten	1.147	71%	2,3	7,7	2,2	7,4
A051 Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Halle oder im Freien	522	32%	0,6	1,8	0,4	1,4
<b>B Physiotherapie</b>						
B031 Physiotherapeutische Behandlung in der Gruppe: Atemgymnastik	612	38%	2,1	6,8	1,0	3,4
B039 Sonstige physiotherapeutische Behandlung in der Gruppe	495	31%	2,4	8,1	1,2	4,1
B034 Physiotherapeutische Behandlung in der Gruppe: Wirbelsäulengymnastik	426	26%	1,1	3,5	0,5	1,7
<b>C Information, Motivation, Schulung</b>						
C070 Vortrag: Rehabilitation	1.587	98%	0,4	1,4	0,3	0,9
C010 Ärztliche Beratung	649	40%	2,8	9,2	0,5	1,7
C020 Motivationsförderung	647	40%	0,6	2,0	0,5	1,7
C371 Standardisierte Schulung bei sonstigen Atemwegserkrankungen	628	39%	0,6	2,0	0,6	2,0

# Berichte zur Reha-Qualitätssicherung

## Der neue ärztliche Entlassungsbericht, Bl. 2

Ärztlicher  
Entlassungsbericht    Ausfertigung für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Bl. 1a - 2

Peer  
Review

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

# Der neue ärztliche Entlassungsbericht

## Gliederung

---

1. Anamnese
  - 1.1. Jetzige Beschwerden
  - 1.2. Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)
  - 1.3. Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle
  - 1.4. Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)
  - 1.5. Vegetative Anamnese
2. Sozialmedizinische Anamnese
  - 2.1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
  - 2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
  - 2.3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation
  - 3.1. Allgemeiner körperlicher Befund
  - 3.2. Allgemeiner psychischer Befund
  - 3.3. Fachspezifischer Befund
  - 3.4. Diagnostik
4. Reha-Prozess und -Ergebnis
  - 4.1. Individuelle Reha-Ziele
  - 4.2. Besonderheiten des Reha-Verlaufs
  - 4.3. Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis
5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

## 1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

- Programm
- Berichte und Datenquellen

## 2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Basisdaten
- Sozialmedizin
- KTL
- Freitext

## 3. Peer Review

## 4. Ausblick

## Peer Review: Überarbeitung

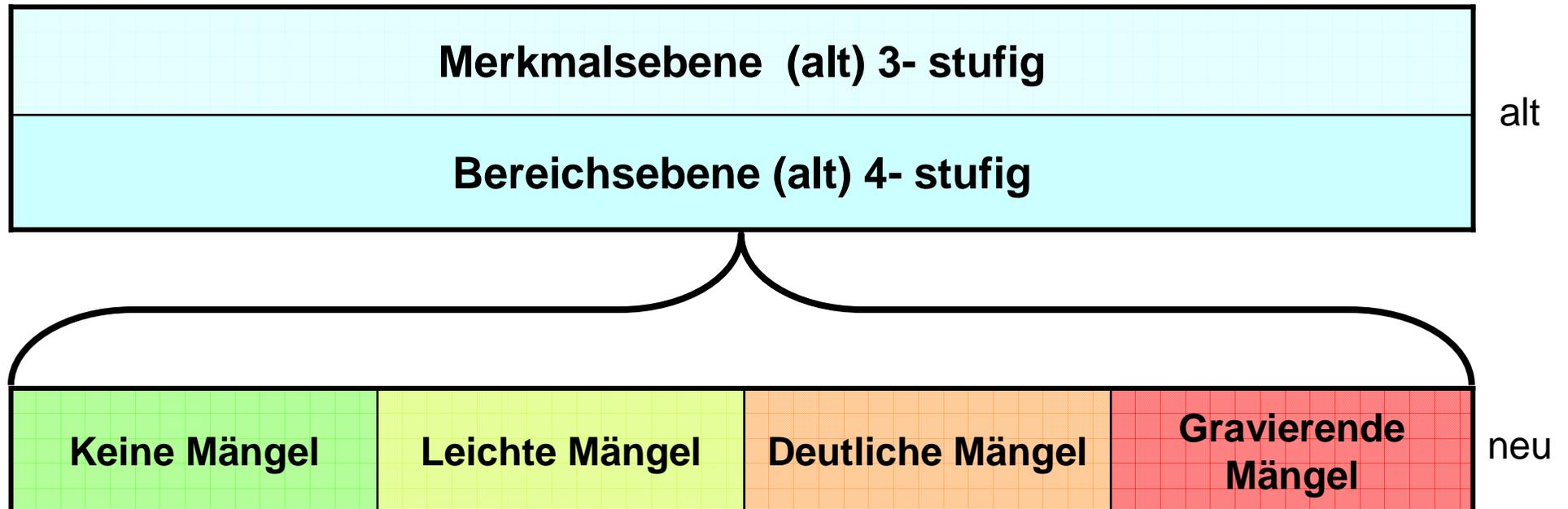
---

1. Erhöhung der Praktikabilität der Checkliste und des Manuals (kurze, präzise Orientierungshilfe)
2. Fokussierung auf fallorientierte Entscheidung über klinische und sozialmedizinische Relevanz der Prozessmerkmale
3. Eindeutige und verständliche Ergebnisdarstellung
4. Bewertung: Gliederung des neuen E-Berichts und Therapiepläne

- Einheitliche 4-stufige Bewertung für Merkmale und Bereiche
- Merkmale fortlaufend nummeriert, keine Untergliederung nach den Bereichen
- Keine fallübergreifende Unabdingbarkeit der Merkmale, Orientierung am Einzelfall
- „erwartet wird ...“ durch „falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich ...“ ersetzt
- „nicht relevant“ für jedes Merkmal möglich

# Peer Review Änderung nach Überarbeitung

Einheitliche 4-stufige Mängelbewertung



# Peer Review: Überarbeitung Vereinfachung und Kürzung der Checkliste

alt ↓

A – Anamnese				
1. Allgemeine und klinische Anamnese				
	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
1.1 Zugang/Initiative zur Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Familienanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Eigenanamnese (bzgl. Erkrankungen mit Relevanz für den Reha-Prozess oder die sozialmed. Beurteilung)				
1.3.1 Krankheitsverläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3.2 Bish. diagnost. Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.3 Bish. therapeut. Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

neu ↓

Bereich A – Anamnese						
vgl. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Kapitel 1, Kapitel 4, Kapitel 5, Kapitel 6 (Freitext)						
1. Anamnese						
2. Sozialmedizinische Anamnese;						
		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
A.1	Zugang, Initiative zur Rehabilitation	<input type="checkbox"/>				
A.2	Jetzige Beschwerden	<input type="checkbox"/>				
A.3	Bisheriger Krankheitsverlauf	<input type="checkbox"/>				
A.4	Weitere reha-relevante Erkrankungen	<input type="checkbox"/>				
A.5	Bisherige Diagnostik	<input type="checkbox"/>				
A.6	Bisherige und aktuelle Therapie	<input type="checkbox"/>				

# Peer Review

## Weiteres Vorgehen

---

- Derzeit Verfahren Somatik mit neuer Checkliste (Anpassung an den neuen E-Bericht erfolgt 2015)
- Bericht Anfang 2015
- Checkliste Psychosomatik/Sucht überarbeitet und bereits an den neuen E-Bericht angepasst
- Schulung Peer Review Psychosomatik/Sucht mit neuem Instrument im Dezember 2014
- Testverfahren Psychosomatik und Sucht Mitte 2015
- Neues Verfahren Psychosomatik und Sucht nach Einführung der neuen E-Berichte Ende 2015

# Gliederung

---

## 1. Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

- Programm
- Berichte und Datenquellen

## 2. Qualitätssicherung und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Basisdaten
- Sozialmedizin
- KTL
- Freitext

## 3. Peer Review

## 4. Ausblick

- Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht ist eine wichtige Grundlage für die Reha-Qualitätssicherung
- Angaben von Blatt 1, 1a, 1b werden erfasst und in der RSD gehalten
- In zahlreichen Berichten zur Reha-QS werden Daten aus dem Entlassungsbericht genutzt
- Epidemiologische Verlaufsuntersuchungen sind möglich
- Die Instrumente der Reha-QS sind an die neue Entlassungsberichtsstruktur angepasst
- Die Überarbeitung des Entlassungsberichts ermöglicht Aussagen zu neuen Fragestellungen
- Eine sorgfältige Dokumentation ist Voraussetzung für eine hohe Datenqualität

# Einführungsveranstaltung zum neuen Reha-Entlassungsbericht

---



am 19. November 2014 in Berlin

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[berthold.lindow@drv-bund.de](mailto:berthold.lindow@drv-bund.de)

# Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

## bei EM-Rentenanträgen im Sozialgerichtsverfahren

- am 19.11.2014 in Berlin
- Einführungsveranstaltung zum neuen Reha-Entlassungsbericht
- Sabine Horn, Referatsleiterin, Ref. 0442 Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung

## Gliederung

- Allgemeines
- Urteile zu
  - bewegungsbezogenen Funktionen
    - Wegefähigkeit
    - Handfunktion
    - Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen
  - psychomentalen Funktionen
    - betriebsunübliche Pause
  - gastroenterologischen / urologischen Erkrankungen
    - betriebsunübliche Pause
      - Toilettengang - Zwischenmahlzeit
- Multimorbidität - Schmerzen
  - Plausibilitätsprüfungen
  - Wertigkeit von Schmerzskalen
  - Therapie und unerwünschte Wirkungen
- neurologischen Erkrankungen
  - Regelmäßigkeit der Arbeit
- „Exoten“



# Allgemeines

Quantitatives Leistungsvermögen

§ 43 SGB VI

**Gesetzlich vorgegebene dreistufige Zeitschiene**



6 Stunden  
und mehr



3 bis unter  
6 Stunden



unter 3  
Stunden

# Allgemeines

schwere spezifische Leistungsbehinderung -  
Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

- Einschränkung der Wegefähigkeit
- betriebsunübliche Pausen



**volle EM-Rente, falls nicht kompensierbar**

- Einarmigkeit
- Einäugigkeit
- Einschränkungen bei Arm- und Handbewegungen, halbstündiger Wechsel von Sitzen und Gehen
- regelmäßig, einmal wöchentlich auftretende Fieberschübe

- Analphabetismus



**nur krankheits- oder behinderungsbedingt!!!**



Benennung eines konkreten Arbeitsplatzes erforderlich

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Wegefähigkeit - Definition

### Generalisierender Maßstab

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

### Kompensationsmöglichkeiten

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

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Wegefähigkeit - Urteile

1. Wer arbeitet, muss auch dazu in der Lage sein, den Arbeitsplatz zu erreichen.
2. Richterrechtliche Normierung soll
  - Versicherungsrisiko allgemeingültig abgrenzen und legt
  - Normstrecken und
  - Normwitterungsbedingungen zugrunde.

### Nicht beurteilt werden

- tatsächliche Beschaffenheit des Weges
- tatsächliche Länge des Weges
- tatsächliche Witterungsbedingungen

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Wegefähigkeit - „Rollatorurteil“

Gutachter:...Funktionsbehinderungen bei

- Gonarthrose und
- Polyneuropathie mit ataktisch-kleinschrittigem Gangbild

Kläger: ...bin angewiesen auf den Rollator

...kann öffentliche Verkehrsmittel wegen Unsicherheit nicht benutzen, weil ich nicht mit Rollator ein- und aussteigen kann, weil ich einen Sitzplatz benötige

...brauche breitere Flure am Arbeitsplatz

...brauche einen Fahrstuhl am Arbeitsplatz

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Wegefähigkeit - „Rollatorurteil“

Richter:... Funktionsstörungen bei  
Gonarthrose

- Kniebeugung bis 160°, Streckung frei,
- Quadrizeps etwas abgeschwächt
- Kläger benutzt sowohl zwei Unterarmgehstützen als auch den Rollator

Gangataxie

Richter:...qualitative Einschränkungen

- nicht auf Leitern und Gerüsten
- keine Tätigkeiten, die hohe Standfestigkeit erfordern
- nicht überwiegend im Gehen und Stehen
- keine überwiegenden Überkopfarbeiten

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Wegefähigkeit - „Rollatorurteil“

Richter: Öffentliche Verkehrsmittel

- Niederflurwagen gestatten Ein- und Aussteigen mit Rollator
- Kläger gab an, dass er bis zu neun Stufen steigen kann, damit
- können Busse und Bahnen benutzt werden (maximal drei Stufen)
- bei fehlenden Sitzplätzen kann auf dem Rollator Platz genommen werden

Wegefähigkeit nicht eingeschränkt

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Handfunktionsstörungen

Gutachter:... Funktionsstörungen bei

Rhizarthrose beidseits, diskrete Heberdenarthrose in den Langfingern 2-5

- Daumenbeweglichkeit nur endgradig eingeschränkt
- Faustschluss möglich
- Fingerstreckung seitengleich vollständig

Klägerin...Schmerzen

- beim Zugriff,
- bei schweren Arbeiten mit der Schere,
- beim Wringen,
- könne kein Glas umgreifen

# Bewegungsbezogene Funktionen

Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Gutachter:... Funktionsstörungen bei

## HWS- und LWS-Syndrom

- Schmerzen und Bewegungseinschränkung zervikal und lumbal
- keine neurologische Symptomatik

## Rhizartrose und Heberdenarthrosen beidseits

- Schmerzen beim Zugriff
- Feinmotorik eingeschränkt

## Harnstressinkontinenz

- häufige Toilettengänge erforderlich

# Bewegungsbezogene Funktionen

## Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Gutachter:... qualitative Einschränkungen:

### HWS- und LWS-Syndrom

- nur körperlich leichte Tätigkeiten
- kein häufiges Bücken
- keine Arbeiten mit dauerhaft vorgeneigtem Oberkörper

### Rhizartrose und Heberdenarthrosen beidseits

- keine Arbeiten, die dauernden festen Zugriff erfordern
- keine weiteren Einschränkungen der Fingerfertigkeit

### Harnstressinkontinenz

- häufige Toilettengänge erforderlich
- nicht in Kälte und Nässe

LSG Niedersachsen-Bremen Urteil  
vom 09.12.2009, Az.: L1 R 183/07

## Bewegungsbezogene Funktionen

Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Richter:... qualitative Einschränkungen - Verweisbarkeit

Bürotätigkeiten:

- Zwangshaltungen fallen nicht an
- Haltungswechsel ist immer möglich
- Stehpulte, ergonomische Tastaturen und Computermäuse werden gestellt
- häufige Toilettengänge sind durch die persönliche Verteilzeit abgedeckt



Keine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

# Psychomentale Funktionen

## Betriebsunübliche Pause

### Gesetzliche Pausenregelung

- ½ Stunde bei einer Arbeitszeit über 6 Stunden
- ¾ Stunde bei einer Arbeitszeit über 9 Stunden
- zusätzliche Pausen, abhängig vom Tarif- oder Arbeitsvertrag z. B. bei Akkordarbeit, andauernder Bildschirmarbeit, Bandarbeit
- **Verteilzeit (10-12% der Arbeitszeit z. B. für Toilettengänge, Kaffeekochen, Gespräche)\***

\* Handbuch des BMI für Personalbedarfsentwicklung, 2. Auflage, 1997

# Psychomentale Funktionen

## Betriebsunübliche Pause

Gutachter:...Funktionsstörungen bei Depression

- eingeschränkte Organisationsfähigkeit
- eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit
- eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit
- eingeschränktes Umstell- und Anpassungsvermögen

Klägerin:...

- fühlt sich bereits überfordert mit der Betreuung der vier Kinder
- schaffe den Haushalt nicht einmal
- benötige häufig Pausen zur Erholung
- hätte ein starkes Schlafbedürfnis

# Psychomentale Funktionen

## Betriebsunübliche Pause

Gutachter:...qualitative Einschränkungen bei Depression und Fibromyalgiesyndrom

- körperlich leichte Tätigkeiten
- mit Gelegenheit zum Haltungswechsel
- ohne besonderen Zeitdruck und Stress
- ohne besondere Verantwortung
- ohne Notwendigkeit eigener Strukturierung von Arbeitsabläufen
- ohne besondere Anforderungen an das Konzentrationsvermögen
- ohne besondere Anforderungen an Umstell- und Anpassungsvermögen
- ohne Nacht- oder Wechselschichtdienst

# Psychomentale Funktionen

## Betriebsunübliche Pause

Richter:

...eine zwingende Notwendigkeit zusätzliche Pausen einzulegen ergibt sich aus den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen nicht.

Die Klägerin hat..darauf hingewiesen, dass ..ein geregelter Tagesablauf nicht möglich sei...sie immer wieder...in Überforderung gerate....

Eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung kann ...nicht allein auf Grund der Selbsteinschätzung erfolgen...

Zu berücksichtigen ist, dass der Alltag der Klägerin durch die Erziehung der drei ...Kinder... geprägt ist, an sie hohe Anforderungen in psychomentaler Hinsicht stellt.

Ihr Familienalltag ist deutlich anspruchsvoller als eine einfache Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

## Betriebsunübliche Pause - Toilettengang

### Gutachter Diagnose

- hyposensitive, hypokontraktile Harnblase mit Entleerungsstörungen
- Stressinkontinenz I. Grades

### Kläger

- häufige Toilettengänge, mindestens stündlich erforderlich
- Toilette müsse schnell erreichbar sein wegen Dranginkontinenz
- wegen Restharns müsse er sich einmal täglich (abends) katheterisieren

## Betriebsunübliche Pause - Toilettengang

Richter

- ca. 3-4 Toilettbesuche nötig bei einer Tätigkeit von 6 Stunden
- Dauer des Toilettbesuchs ca. 3-4 Minuten
- Nähe der Toilette durch Arbeitsstättenverordnung geregelt
- Katheterisieren findet außerhalb des Arbeitsplatzes statt
- Zeit für Toilettgänge abgedeckt durch persönliche Verteilzeit

Keine betriebsunübliche Pause

## Betriebsunübliche Pause - Toilettengang

### Arbeitsstättenverordnung

...Nach § 6 der Arbeitsstättenverordnung muss der Arbeitgeber Toiletten zur Verfügung stellen. ....die Toiletten müssen sich sowohl in der Nähe der Arbeitsplätze als auch in der Nähe von Pausen-, Wasch- und Umkleieräumen befinden.... und sind so zu verteilen, dass sie von ständigen Arbeitsplätzen nicht mehr als 100m entfernt sind....oder eine Geschosshöhe

# Gastroenterologische/urologische Erkrankungen

## Betriebsunübliche Pause - Toilettengang

...in „normalen“ Phasen habe er maximal 10 Stuhlgänge täglich, so bedeutet dies keine rentenrelevante Leistungseinschränkung. ...eine nicht unerhebliche Anzahl der Stuhlgänge entfällt nicht auf die Arbeitszeit.....2005 hat der Kläger angegeben, er müsste die Toilette nach dem Aufstehen bereits vier- bis sechsmal aufsuchen.....

# Gastroenterologische/urologische Erkrankungen

## Betriebsunübliche Pause - Toilettengang

...ausgehend von 1-2 Toilettengängen pro Arbeitsstunde schätzt der Senat... den Zeitaufwand für den Gang auf die Toilette einschließlich des Wechsels einer Vorlage auf maximal 3 Minuten...die Klägerin suchte auch während der Verhandlung die Toilette auf und hat hierfür zwei Minuten benötigt, wobei sich die Damentoilette auf der nächst höheren Etage befand....

## Betriebsunübliche Pause - Zwischenmahlzeiten

Gastrektomie

Diabetes mellitus

Zur Magenerkrankung und zur Erforderlichkeit der Einnahme von Zwischenmahlzeiten ist zu sagen, dass die Notwendigkeit der Einnahme kurzer zusätzlicher Zwischenmahlzeiten keine spezifische Leistungseinschränkung darstellt. Weder liegt eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen noch eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vor. Vielmehr ist eine Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich.

# Multimorbidität

## Subjektive Beurteilung - Objektivierung

Klägerin:

- ...ich habe ein zu kleines Herz, das bei seelischen und bei körperlichen Belastungen stolpert und aussetzt
- ...meine Rückenschmerzen gehen auf Abnutzung und Fehlstellung zurück
- ...die starken Schmerzen schränken mich den ganzen Tag ein
- ...nicht nur der Gutachter muss berücksichtigt werden, sondern auch mein eigenes subjektives Empfinden

# Multimorbidität

## Subjektive Beurteilung - Objektivierung

Richter:

- Bewegungsapparat: orthopädischer Normalbefund
- Psyche: affektiv eingengt, sonst unauffällig, keine Medikation, keine Psychotherapie
- Herz: Herzaktion regelmäßig, sonographisch normal groß
- Schmerzen: keine eingeschränkte Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit:
  - Gartenarbeit im Sommer
  - kocht das Essen
  - Hobbys. Fotografieren und Lesen
  - Mitglied im Modelleisenbahnclub
  - außerdem **Behandlung nicht ausgeschöpft**



**Keine Leistungsminderung!**

# Schmerzerkrankung

## Plausibilitätsprüfung

Klägerin:

- HWS-Beschwerden mit Kopfschmerzen
- LWS-Beschwerden, kann weder lange sitzen, stehen oder laufen
- Lactoseintoleranz erfordert betriebsunübliche Pausen
- ermüdet schnell wegen der Schmerzen
- braucht Hilfe im Haushalt

Rehabilitationsentlassungsbericht psychosomatische Reha:

- psychisch unbeeinträchtigt
- kein wesentlicher Leidensdruck
- keine Therapiemotivation
- keine Leistungsminderung

# Schmerzerkrankung

## Plausibilitätsprüfung

Nervenärztlicher Gutachter nach § 106 SGG:

- keine körperlichen Einschränkungen
- Gestik lebhaft
- sitzt 1 1/2 Stunden locker und entspannt ohne Haltungswechsel
- Beschwerdeangaben diffus, ungenau und wechselnd
- körperliches Krankheitsgefühl wird überspitzt dargestellt
- mangelnde Mitarbeit bei der körperlichen Untersuchung
- krasser Gegensatz zwischen Angabe heftigster Schmerzen und Verhalten während der Begutachtung

Klägerin kann eigene Willensanspannung aufbringen, um trotz der subjektiv empfundenen, in ihrem Schweregrad zu relativierenden Schmerzen, eine regelmäßigen Tätigkeit nachzugehen

# Schmerzerkrankung

## Plausibilitätsprüfung

Nervenärztlicher Gutachter § 109 SGG:

- Multisystemerkrankung
- Mitochondropathie, die durch eine HWS-Gefügestörung nach Verkehrsunfall 1987 ausgelöst oder verschlimmert wurde
- Leistungsvermögen je nach Tagesform von 2-4 Stunden
  
- keine Auseinandersetzung mit dem Rehabilitationsentlassungsbericht
- kein Tagesablauf

# Schmerzerkrankung

## Plausibilitätsprüfung

Richter:

- ...Soweit der Sachverständige davon ausgeht, dass ein Ereignis im Jahr 1987 die Erkrankung ausgelöst hat, fehlt es an nachvollziehbaren Ausführungen, weshalb es erst 18 Jahre später zu einer Leistungsminderung kommen soll...
- ...übernimmt die Angaben der Klägerin, wonach es ab 1987 zu einem stufenförmigen Energieverlust von 30% gekommen sei, der sich bis 2005 auf 40% gesteigert habe.

# Schmerzerkrankung

## Plausibilitätsprüfung

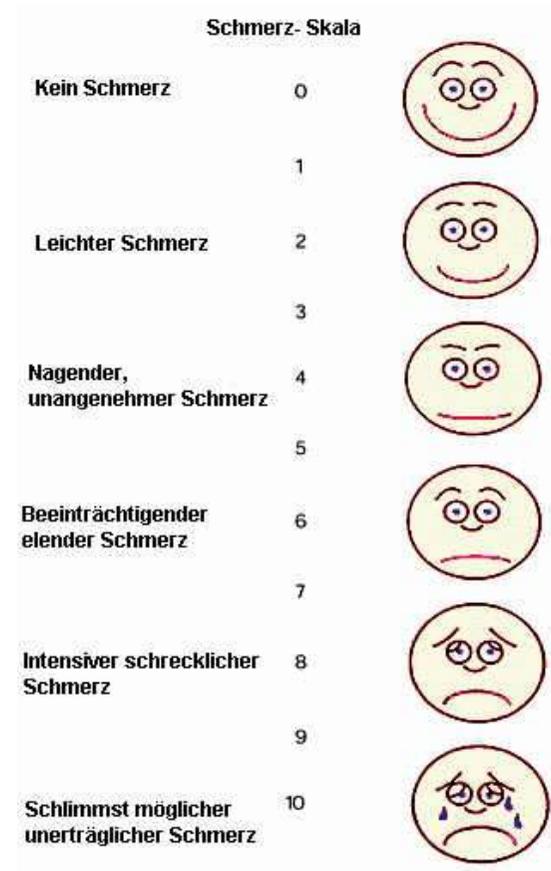
Richter:

- ...Während es für den therapeutisch tätigen Arzt sinnvoll erscheinen mag, von den Angaben und Beschwerden des Patienten auszugehen, besteht die Aufgabe des Gutachters gerade darin, diese Angaben auf ihre Schlüssigkeit und Vereinbarkeit mit der Lebensführung der Betroffenen zu prüfen.
- ...dem nervenärztlichen Gutachten nach § 106 SGG wird gefolgt.

Keine Leistungsminderung

# Schmerzerkrankung

## Wertigkeit von Schmerzskalen



# Schmerzerkrankung

## Wertigkeit von Schmerzskalen

Richter:

- ...ist vom Vorliegen eines chronischen Schmerzsyndroms mit dem Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen II auszugehen, was...nicht zu einem aufgehobenen Leistungsvermögen führt...
- ...Klassifizierung nach Gerbershagen dient allein zur Kategorisierung des Chronifizierungsgrades, trifft also keine Aussagen und liefert keine festen Anhaltspunkte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- ...die vom Senat veranlasste sozialmedizinische Einschätzung der Sachverständigen ...ist namentlich durch ...unauffällige Befunde und **anamnestische Angaben** bestätigt worden

# Schmerzerkrankung

## Wertigkeit von Schmerzskalen

### Chronischer Rückenschmerz

Richter: zum Thema **Freizeitgestaltung**

- ...betreibt kleine Werkstatt für notwendige Reparaturen
- ...besitzt und fährt einen kleinen Traktor zum Transport größerer Lasten vom Baumarkt
- betreibt als Hobby
  - Fahrradfahren
  - Kurzreisen
  - Kartenspielen mit Freunden
  - erhält 2-3mal wöchentlich Besuch.

## Wertigkeit von Schmerzskalen

Richter: zum Thema **Messbarkeit von Schmerzen**

- ...mit naturwissenschaftlichen Methoden nicht messbar oder objektivierbar\*
- ...Klassifizierungsschema nach Gerbershagen...Karnofsky-Index ... HAQ-Fragebogen nicht dazu bestimmt und nicht dazu geeignet,... Schmerzen oder dadurch hervorgerufene Beeinträchtigungen... zu überprüfen oder daraus objektive Schlüsse über die resultierenden Beeinträchtigungen im Erwerbsleben zu ziehen....\*
- ...Schmerzen in der angegebenen Stärke von 7-8 VAS müssten erhebliche vegetative Reaktionen auslösen...weder im Ausdrucksverhalten... noch in den objektivierbaren Parametern wie Puls und Blutdruck hat sich diese Schmerzintensität ... niedergeschlagen...\*\*

\*LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27.03.2009 L 10 R 318/07

\*\*SG Duisburg, Urteil vom 10.09.2012 S 29 R 1198/10

# Schmerzerkrankung

## Beurteilung des Einsatzes von Analgetika

...die Höhe der Schmerzmitteldosis ist für die Leistungsbeurteilung nicht ausschlaggebend. Maßgeblich sei...,

- ob durch die Medikation eine alltagsrelevante Schmerzlinderung erreicht werden könne und
- ob die Medikation gut vertragen werde
- ... Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit betreffende Einbußen haben sich nicht feststellen lassen...
- ...im Übrigen sieht sich der Kläger unter Berücksichtigung der Einnahme opiathaltiger Medikamente weiterhin in der Lage, ein Kraftfahrzeug zu führen, obwohl damit besonders hohe Anforderungen an das Konzentrationsvermögen verbunden sind.

## Beurteilung unter Therapie

Klägerin: regelmäßige Einnahme von NSAR

- die Funktionsstörungen sind nur gebessert, weil ich Medikamente nehme, sonst steigt auch das CRP wieder an

Richter:

- Die entscheidende Frage ist nicht, ob die Klägerin ohne Medikamente erwerbsfähig ist, sondern ob sie mit den zur Zeit genommenen Medikamenten sechs Stunden täglich eine Arbeit verrichten kann....

„Behandlungsfall“

- 6 Stunden und mehr **in absehbarer Zeit unter optimaler Therapie**
- weiter arbeitsunfähig aus Reha entlassen

Rheumatoidarthritis

...Denn ... Beschwerden kommt eine erwerbsmindernde Bedeutung nur zu, wenn die Erkrankung nicht mit zumutbarer Anspannung der Willenskräfte des Versicherten und **unter Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten binnen 26 Wochen** überwunden werden kann....

## Regelmäßigkeit der Arbeit

### Migräne und sonstige Kopf- und Nackenschmerzen

Klägerin: anamnestische Angaben zur Häufigkeit:

- einmal monatlich
- zweimal monatlich
- ein- bis zweimal wöchentlich



Richter:

- Es ist nicht nachvollziehbar, inwieweit periodisch auftretende und wieder verschwindende Schmerzzustände bzw....Migräneattacken das Leistungsvermögen dauernd, d. h. für alle Arbeitstage .... einschränken sollen...

# Neurologie

## Regelmäßigkeit der Arbeit

### Grand mal Epilepsie

- anamnestische Angaben zur Anfallshäufigkeit:
  - einmal monatlich mit der Folge von zwei Tagen Arbeitsunfähigkeit

### Richter:

- Es liegt akute Arbeitsunfähigkeit vor, keine überdauernde Leistungsminderung und damit eine Erwerbsminderung

# Neurologie/Innere Medizin/HNO

Regelmäßigkeit der Arbeit  
Schwere spezifische Leistungsbehinderung

**Zeitlich nicht einplanbare, häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten**, die... mit einer vollständigen Leistungsunfähigkeit verbunden sind, werden den unüblichen Arbeitsbedingungen zugeordnet und stellen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgericht ein so erhebliches Hindernis für den Arbeitseinsatz dar, dass ein Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt als chancenlos angesehen werden muss.

Dem Kläger kann eine Arbeitsleistung nicht an jedem Tag der Arbeitswoche abverlangt werden; vielmehr ist davon auszugehen, dass er **mindestens 1 bis 2 Tage pro Woche** wegen massiver Schwindelattacken seinen Arbeitsplatz nicht erreichen kann oder vorzeitig verlassen muss.

Anfallsleiden

Fieberschübe

Schwindelanfälle

## Zuständigkeit der Rentenversicherung

Klägerin...sei aus ihrer sozialen Position der alleinerziehenden Mutter zweier Kinder im Alter von 5 und 11 Jahren daran gehindert erwerbstätig zu sein

Richter: entsprechende Hindernisse für eine Erwerbstätigkeit fallen nicht in den Risikobereich der Rentenversicherung. Ausschließlicher Risikobereich der Rentenversicherung .... Ist die krankheits- oder behinderungsbedingte, d. h. medizinisch bedingte Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit...

# Exoten

## Zuständigkeit der Rentenversicherung

Kläger arbeitslos seit 17 Jahren

Diagnosen: Diabetes mellitus, Funktionseinschränkungen der Hände, Tinnitus und sensible Polyneuropathie ...

Leistungsbeurteilung: >6 Stunden für körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen mit Gelegenheit zum Haltungswechsel, ohne überdurchschnittlich hohe Ansprüche an die Feinmotorik der Hände, nicht auf Leitern und Gerüsten

Richter: ...dass dem Kläger nach ... 17jähriger Arbeitslosigkeit ... möglicherweise geeignete Arbeitsangebote nicht offen stehen, wird ... nicht bezweifelt...das sogenannte Vermittlungsrisiko fällt nicht in den Bereich der Rentenversicherung, sondern in den der Arbeitslosenversicherung...

# Exoten

## Zuständigkeit der Rentenversicherung

### Kläger

- Thrombozythämie seit 1994
- 1994 Schlaganfall mit Halbseitenlähmung, die sich zurückbildet
- 1997 reguläres Blutbild unter Medikation

### Kläger argumentiert:

- er habe eine äußerst seltene Krankheit.., die ihre Ursache im Knochenmark habe und mit einem hohen Schlaganfallrisiko verbunden sei
- bei Absetzen der Medikamente auch nur für kurze Zeit bestehe Lebensgefahr

# Exoten

## Zuständigkeit der Rentenversicherung

### Richter

- Aus der Seltenheit und Gefährlichkeit einer Erkrankung... lässt sich zu Gunsten eines Rentenanspruchs ...nichts ableiten. Eine Erwerbsminderung liegt nicht schon deswegen vor, weil eine Erkrankung, wenn sie nicht in zumutbarer Weise behandelt wird, lebensbedrohlich sein könnte
- Maßgeblich ist nicht die Gefahr des künftigen Eintritts eines Ereignisses, das die Erwerbsfähigkeit mindern oder aufheben könnte, sondern die gesundheitlichen Einschränkungen beginnend vom Rentenanspruch an...

## Nachvollziehbarkeit des Reha-Entlassungsberichts

Kläger

psychosomatische Beschwerden, leichte depressive Episode

Psychosomatische Rehabilitation während des Berufungsklageverfahrens

Entlassung:

Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr für Beruf und allgemeinen Arbeitsmarkt

Richter:

Die Bedenken des Klägers, der Entlassungsbericht sowie die ergänzende Stellungnahme seien schwer nachvollziehbar, weil der Chefarzt den Entlassungsbericht mit unterzeichnet hat, ihn, den Kläger aber nicht selbst untersucht habe, teilt der Senat nicht.

## Nachvollziehbarkeit des Reha-Entlassungsberichts

### **Begründung**

Ein solches arbeitsteiliges Zusammenwirken zwischen Chefarzt und den ihm unterstellten Mitarbeitern ...ist üblich und hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Betreuung bzw. der Entlassungsberichte.

Da die stationäre Maßnahme nicht Folge einer gerichtlich angeordneten Begutachtung war, hat sich der Senat nicht mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob ein gerichtlich bestellter Sachverständiger den Patienten selbst untersuchen und im Gutachten kenntlich machen muss, welche Arbeiten er selbst und welche vorbereitenden Arbeiten in welchem Umfang von Mitarbeitern ... ausgeführt wurden.

# Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**