

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht
in der medizinischen Rehabilitation
der gesetzlichen Rentenversicherung
- Stand: 03/2026



Vorwort zur Neuauflage 2026

Der „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“ beschreibt die Anforderungen, die an den ärztlichen Entlassungsbericht nach einer medizinischen Rehabilitation gestellt werden. Er richtet sich an das gesamte Reha-Team in den Reha-Einrichtungen und informiert darüber, wie die Berichterstattung inhaltlich zu strukturieren ist und welche Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation gelten.

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht ist von hoher Bedeutung. Er dient nicht nur der Informationsweitergabe und Vernetzung innerhalb des Sozialsystems, sondern auch der Qualitätssicherung und Dokumentation und ist – anders als andere ärztlichen Entlassungsberichte – als sozialmedizinisches Gutachten anzusehen. Da der Reha-Entlassungsbericht in sozialrechtlichen Feststellungsverfahren als Beweismittel gilt – z. B. in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder einer Rente wegen Erwerbsminderung – sind eine klare Beschreibung des Umfangs der möglicherweise nach der Rehabilitation fortbestehenden Funktionseinschränkungen und deren Einfluss auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben von zentraler Bedeutung.

In der vorliegenden Version des „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“ wurden insbesondere die veränderten Erfordernisse der aktualisierten Klassifikationen der therapeutischen Leistungen (KTL) berücksichtigt. Diese neue Version (KTL 2025) wird zum Stichtag 01.01.2027 die bisherige Version (KTL 2015) endgültig und verbindlich ablösen. Maßgeblich für die Stichtagsregelung 01.01.2027 ist das Entlassungsdatum im Reha-Entlassungsbericht. Entsprechend der KTL-Neuregelung wurde auch das Blatt 1b im Formblatt (G0810-00) des Reha-Entlassungsberichtes modifiziert und damit die Erläuterungen zum Ausfüllen des Formblattes im „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“.

Da die neue Version (KTL 2025) bereits ab 2026 zur Verfügung gestellt wird, ist eine Aktualisierung des „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“ bereits zum jetzigen Zeitpunkt erforderlich. In der praktischen Umsetzung werden im Verlaufe des Jahres 2026 beide KTL-Versionen Bedeutung haben.

Maßgeblich für die zu nutzende Version wird das Reha-Entlassungsdatum sein. Im Falle des Vorliegens eines Reha-Entlassungsdatums kleiner gleich 31.12.2026, ist die KTL 2015 zu verwenden. Wenn das Reha-Entlassungsdatum größer gleich 01.01.2027 ist, dann gilt die KTL 2025. Auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung wird daher im Jahre 2026 neben der aktuellen Version des „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“ (Stand 03/2026) auch die Vorgängerversion (Stand 08/2025) mit den Erläuterungen zur bisherigen KTL-Version (KTL 2015) zum Abruf bereitstehen: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/download_leitfaden_einheitsl_e_bericht.html

Es hatten sich mit der letzten Version des „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation“ (Stand 08/2025) zudem vereinzelte Probleme mit der Reihenfolge einzelner Unterpunkte im Reha-Entlassungsbericht ergeben. So soll z.B. die Aufnahmemedikation am Beginn des Freitextes erscheinen. Die Nummerierung der einzelnen Abschnitte wurde daher angepasst.

Es wurden ferner einzelne redaktionelle Veränderungen durchgeführt, deren Notwendigkeit sich zwischenzeitlich ergeben hat.

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	4	4.5	Abschnitt C: Sozialmedizinische Epikrise	33
1.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation	4	4.6	Umgang mit Diskrepanzen in der sozialmedizinischen Einschätzung des Leistungsvermögens	34
1.2 Das „Bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit“	5	5. Dokumentation therapeutischer Leistungen (Blatt 1b)	35	
1.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen	6	5.1 Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	35	
1.3.1 Reha-Bedarf	6	5.2 Nutzung der KTL-Daten	35	
1.3.2 Reha-Fähigkeit	6	5.3 Dokumentationshinweise	35	
1.3.3 Positive Reha-Prognose	6	6. Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichts („Freitext“)	37	
1.4 Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 145 SGB III	6	6.1 Anamnese	38	
1.5 Reha-Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	7	6.1.1 Aufnahmemedikation	38	
1.6 Reha-Nachsorge und weitere Leistungen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation	7	6.1.2 Jetzige Beschwerden	38	
1.6.1 Reha-Nachsorge	7	6.1.3 Bisheriger Verlauf der Reha-relevanten Beeinträchtigung(en)	38	
1.6.2 Rehabilitationssport und Funktionstraining	8	6.1.4 Weitere Reha-relevante Erkrankungen/ Operationen/Unfälle	39	
1.6.3 Stufenweise Wiedereingliederung	8	6.1.5 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)	39	
1.6.4 Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche	8	6.1.6 Vegetative Anamnese	39	
2. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht	9	6.1.7 Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin / des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung (insb. bei psychischen Störungen)	39	
2.1 Funktion und Bedeutung	9	6.2 Sozialmedizinische Anamnese	39	
2.2 Bedeutung des Reha-Entlassungsberichtes für die Reha-Qualitätssicherung	11	6.2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren	39	
2.3 Der Formularsatz des Reha-Entlassungsberichtes	12	6.2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren	40	
2.4 Patientenrechte und Datenschutz	13	6.2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe	41	
2.5 Übermittlungsform des Reha-Entlassungsberichtes	14	6.3 Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation	41	
2.6 Allgemeine Dokumentationshinweise	14	6.3.1 Allgemeiner körperlicher Befund	41	
3. Basisinformation (Blatt 1)	16	6.3.2 Allgemeiner psychischer Befund	42	
3.1 Rehabilitandendaten	16	6.3.3 Fachspezifischer Befund	42	
3.2 Reha-Einrichtung	17	6.3.4 Diagnostik	42	
3.3 Aufnahme, Entlassung, Durchführung und Behandlungsform	18	6.4 Reha-Prozess und -Ergebnis	43	
3.4 Diagnosen	18	6.4.1 Individuelle Reha-Ziele	43	
3.5 Ursache der Erkrankung, Entlassungsform und Arbeitsunfähigkeitszeiten	23	6.4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs	44	
3.6 Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung	25	6.4.3 Entlassungsmedikation	45	
3.7 Freigabe, Unterschriften, Datum	26	6.4.4 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis	45	
4. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (Blatt 1a)	27	6.5 Empfehlungen weiterführender Maßnahmen	46	
4.1 Leistungsvermögen im Erwerbsleben	27	7. Exemplarische Fälle zur standardisierten Leistungsbeurteilung	48	
4.2 Wer muss beurteilt werden?	28	8. Anhang	70	
4.3 Abschnitt A: Letzte sozialversicherungs-pflichtige Tätigkeit	28			
4.4 Abschnitt B: Positives und negatives Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	30			

1. Grundlagen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation stellt einen gewichtigen Faktor in der gesundheitlichen Versorgung und letztlich der sozialen Sicherung dar. Aufgrund dieses Umstandes wurden in den vergangenen Jahren einige internationale Vereinbarungen getroffen, die zu einer Verbesserung der Rehabilitationsangebote in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen weltweit beitragen sollen. Dazu gehören z. B. die 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (United Nations, UN) verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und die 2023 angenommene Resolution zur Stärkung der Rehabilitation im Gesundheitswesen der World Health Organisation (WHO). Auf nationaler Ebene erfuhr die Rehabilitation, auch in Hinblick auf die UN-BRK, eine Stärkung durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches in vier Reformstufen in den Jahren 2017 bis 2023 schrittweise in Kraft gesetzt wurde.

In den medizinischen Rehabilitationsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wird neben der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands auch eine psychische Stabilisierung von Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung angestrebt. Die Versicherten werden durch die medizinische Rehabilitationsleistung in ihrer gesundheitlichen, physischen, psychischen und sozialen Integrität sowie ihrer Kompetenz als verantwortliche Mitglieder der Gesellschaft gestärkt und können daher ihr Leben als soziale Personen durch Erhalt bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und der gesellschaftlichen Teilhabe weiterhin eigenverantwortlich aktiv gestalten und festigen. Zum anderen wird durch Minderung finanzieller Lasten gleichzeitig die wirtschaftliche Stabilität der Versichertengemeinschaft zum Vorteil des gesamten staatlichen Gemeinwesens gewährleistet.

1.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Nach § 14 und § 15 SGB VI erbringen die Rentenversicherungsträger ambulante und stationäre Leistungen gemäß dem Prinzip „Prävention vor Leistung zur Teilhabe (z. B. medizinische Rehabilitation) vor Rente“. Die Leistungen der DRV erfolgen um – entsprechend des gesetzlichen Auftrags – drohende Minderungen der Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder eine Verschlimmerung bestehender Beeinträchtigungen zu verhüten. Der vorzeitige Bezug von Sozialleistungen soll dadurch verhindert oder laufende Sozialleistungen gemindert werden (vgl. § 42 SGB IX). Die medizinische Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) soll Versicherten ermöglichen, nach akuten Leiden oder bei chronischen Erkrankungen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren oder eine andere beeinträchtigungsgerechte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufzunehmen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden i. d. R. gewährt, wenn das Leistungsvermögen im Erwerbsleben krankheits- oder behinderungsbedingt erheblich gefährdet oder gemindert ist und die vorgesehene medizinische Rehabilitation geeignet erscheint, die vorliegenden Funktions- und Teilhabestörungen zu verbessern, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern bzw. wiederherzustellen. Folglich ist es die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation, die Folgen der Erkrankungen zu minimieren und die „gesunde“ Lebensarbeitszeit zu verlängern bzw. eine Kompensation von Funktions- und Teilhabestörungen infolge von insbesondere chronischen Erkrankungen zu erreichen und dadurch den Erhalt der Erwerbsfähigkeit trotz Behinderung zu ermöglichen.

Eine Besonderheit stellt die medizinische Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten dar, die auch bei abweichenden Voraussetzungen nach § 15 SGB VI oder § 31 SGB VI gewährt wird. Während onkologische Rehabilitationsleistungen nach § 15 SGB VI die Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Fokus haben, stehen bei Leistungen nach § 31 SGB VI Verbesserungen des körperlichen, psychischen und sozialen Befindens von bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Versicherten, auch bei Beziehung von Altersrenten, im Vordergrund. Teilhabeleistungen durch die Deutsche Rentenversicherung können sich im Einzelfall von einer medizinischen Rehabilitation bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erstrecken. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ein breites Spektrum und reichen von der Ausstattung des Arbeitsplatzes zum Ausgleich von Funktionsstörungen mit Hilfsmitteln bis hin zu Konzepten zur beruflichen Wiedereingliederung.

Zur Sicherung und Verstetigung der Erfolge medizinischer Rehabilitation hat die Reha-Nachsorge durch die Deutsche Rentenversicherung eine wichtige Funktion. Hier sind zum Teil komplexe indikationsspezifische Nachsorgeprogramme etabliert, wie z. B. IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) (siehe 1.8.).

1.2 Das „Bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit“

Grundlage für einen integrativen und interdisziplinären Ansatz von Rehabilitationsleistungen durch die DRV liefert das „Bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit“, welches Ende der 1970er Jahre entwickelt wurde und sich als Ergänzung zu der bis dahin vorherrschenden biomedizinisch-naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit versteht. Dieses Krankheitsmodell geht von einem medizinischen Standpunkt aus, der Krankheiten nicht rein mechanistisch, sondern als Störung der Interaktion von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren betrachtet. Biologische, psychische und soziale Faktoren sind folglich nicht separat, sondern als Komponenten eines ineinander verflochtenen komplexen Systems zu betrachten. Dabei sind deren dynamische Wechselbeziehungen von entscheidender Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten. Bei Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten sind daher nicht nur biologische Faktoren zu berücksichtigen, sondern auch soziokulturelle und psychologische Merkmale von Patienten. Rehabilitationsleistungen der DRV reichen daher weit über eine organ- und symptombezogene Therapie hinaus.

Als ein konzeptionelles Bezugssystem für das „Bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit“ dient die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), an welche sich auch das Rehabilitationsrecht im Sozialgesetzbuch (SGB IX) anlehnt. Mit Hilfe der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden (Abb. 1).

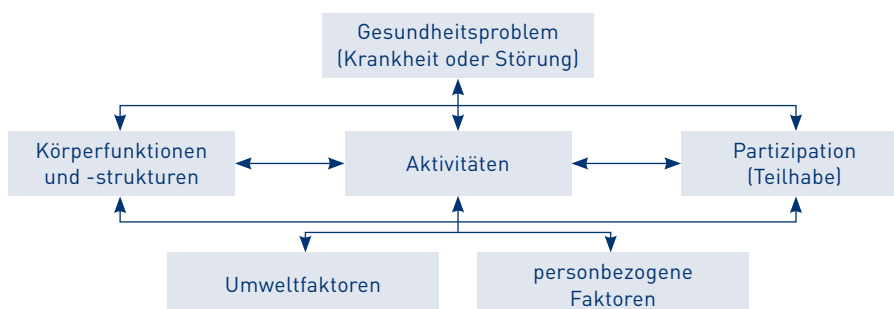


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.

Ein wichtiger Begriff in der ICF ist die „Funktionsfähigkeit“. Danach gilt eine Person als funktionsfähig, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund folgende drei Konzepte positiv bewertet werden können:

- Konzept der **Körperfunktionen und -strukturen**, d. h. sowohl die körperlichen Funktionen, einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs als auch die Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten statistischen Normen. Gemeint sind z. B. mentale Funktionen mit den entsprechenden Strukturen des Nervensystems, Sinnesfunktionen und deren Organe oder Funktionen des kardiovaskulären Systems und deren dazugehörige Strukturen.
- Konzept der **Aktivitäten**, d. h. es ist möglich all das tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem, wie es in der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) aufgeführt ist, erwartet wird. Betroffen sind z. B. Bereiche wie Lernen und Wissensanwendung, tägliche Routineaufgaben, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben.
- Konzept der **Teilhabe** an Lebensbereichen, d. h. das Dasein in allen Lebensbereichen, die der Person wichtig sind, kann sich in der Art und Weise und dem Umfang entfalten, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. Es geht dabei um Bereiche wie interpersonelle Interaktionen und Beziehungen oder soziales und staatsbürgerliches Leben.

Dementsprechend erfordert die Rehabilitation ein umfassendes, zielgerichtetes Vorgehen, das sich auf die Förderung der funktionalen Gesundheit richtet. Diese wird als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren verstanden. Zu den Kontextfaktoren zählen Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Die genannten Faktoren können sich positiv als Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, hohe Motivation und Leistungsbereitschaft, insbesondere auf die Teilnahme an unterschiedlichen Lebensbereichen auswirken. Entsprechend können sie sich auch negativ als Barrieren, z. B. durch Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung, fehlende Motivation, Sprachprobleme bei Menschen mit Migrationshintergrund oder eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, auswirken. Grundsätzlich geht es in der medizinischen Rehabilitation nicht nur darum, funktionelle Einschränkungen zu bessern, sondern auch eine angemessene Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern. Es werden daher auch arbeitsbezogene, soziale und kulturelle Aspekte in den Reha-Prozess mit einbezogen und Wege vermittelt, die der Problemlösung in diesen Bereichen dienen.

1.3 Sozialmedizinische Voraussetzungen

Für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen aus sozialmedizinischer Sicht bei den Versicherten die folgenden persönlichen Voraussetzungen erfüllt sein: Reha-Bedarf, eine positive Reha-Prognose sowie Reha-Fähigkeit.

1.3.1 Reha-Bedarf

Reha-Bedarf im Sinne der Deutschen Rentenversicherung ist dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist. Ob im Einzelfall Reha-Bedarf vorliegt, ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung der folgenden sozialmedizinischen Faktoren:

- Funktionseinschränkungen
- Beeinträchtigungen der Fähigkeiten
- Risikokonstellation
- Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- bisherige Therapie und Therapieoptionen
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen
- hoher Schulungsbedarf
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung

1.3.2 Reha-Fähigkeit

Reha-Fähigkeit liegt vor, wenn trotz der vorliegenden Funktionsstörungen eine ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit für die aktive Teilnahme an einer Rehabilitation gegeben ist. Die Person muss in der Lage sein, das gesamte Spektrum der angebotenen therapeutischen Leistungen mit einem täglichen Umfang von vier bis sechs Stunden und einem großen Anteil an Gruppenbehandlungen wahrzunehmen. Die Anreise zur Rehabilitationseinrichtung und die Rückreise sollte i.d.R. eigenständig erfolgen können.

1.3.3 Positive Reha-Prognose

Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Versicherte, bei denen § 10 SGB VI erfüllt ist und deren Partizipation am Erwerbsleben bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder verminderter Erwerbsfähigkeit durch eine entsprechende Leistung zur Teilhabe wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Das Gesetz fordert damit eine positive Reha-Prognose. Sind jedoch die funktionellen Beeinträchtigungen so gravierend, dass das Reha-Ziel der Rentenversicherung nicht erreicht werden kann, ist eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten der Rentenversicherung ausgeschlossen. Eine Ausnahme in Hinblick auf die langfristige Reha-Prognose stellt die medizinische Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten dar, welche in § 31 SGB VI geregelt ist. Hier steht für die betroffenen Versicherten oder deren onkologisch erkrankten Angehörigen, die nicht über die Deutsche Rentenversicherung versichert sind, der Erhalt oder die Wiederherstellung des körperlichen, psychischen und sozialen Befindens im Vordergrund und zielt u.a. auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ab.

1.4 Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 145 SGB III

Ein Teil der medizinischen Rehabilitationen wird auf Grundlage des § 51 SGB V beantragt. Die gesetzliche Krankenversicherung kann arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, durch die daraus resultierende Einschränkung des Dispositionsrechts, auffordern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommen die Versicherten dieser Aufforderung nicht nach, entfällt ihr Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist bis zu dem Tag, an dem die Antragstellung nachgeholt wird. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf (§ 51 SGB V). Diese besonderen Umstände können dem Reha-Team vermehrte Motivationsarbeit abverlangen und auch den Reha-Verlauf beeinflussen. Es ist wichtig für die Ärztinnen und Ärzte der Reha-Einrichtung, sich bereits zu Beginn der Behandlung dieser besonderen Fallkonstellation bewusst zu sein.

Der Antrag nach § 51 SGB V kann auch als Antrag auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gedeutet werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die Versicherten zwar bezogen auf die zuletzt ausgeübte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ein aufgehobenes Leistungsvermögen haben, dies aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit 6 Stunden und mehr eingestuft wird.

Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitsförderung (§ 145 Abs. 2 SGB III). Hier hat die Agentur für Arbeit Versicherte, deren Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate auf weniger als 15 Stunden wöchentlich eingestuft wurde, aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Diese Vorgehensweise, welche als Nahtlosigkeitsregelung bezeichnet wird, betrifft i.d.R. arbeitslose Personen nach Aussteuerung aus dem Krankengeld. Die Regelung soll bei einer nicht nur vorübergehend leistungsgeminderten Person, die keine versicherungspflichtige Beschäftigung mehr ausüben kann, bei der aber eine verminderte Erwerbsfähigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde, gewährleisten, dass bis zur Klärung der Zuständigkeit zwischen Agentur für Arbeit und gesetzlicher Rentenversicherung Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht. Kommen Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tag nach Ablauf der Frist an bis zum Tag, an dem sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellen. Kommt die leistungsgeminderte Person ihren Mitwirkungspflichten gegenüber dem Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld von dem Tag nach Unterlassen der Mitwirkung bis zu dem Tag, an dem die Mitwirkung nachgeholt wird.

1.5 Reha-Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Die Erbringung von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche ist in § 15a SGB VI gesetzlich geregelt und ein integraler Bestandteil des Leistungsspektrums der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation kann als stationäre, ganztägig-ambulante oder ambulante Leistung durchgeführt werden und zielt auf die Vermeidung oder Reduktion von Funktions- und Teilhabestörungen bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen somatischen oder psychischen Erkrankungen ab, um die körperliche und psychische Entwicklung bestmöglich zu unterstützen sowie ihre Teilhabe im Kindergarten, in der Schule und weiteren Ausbildung zu fördern, zu sichern und die Leistungsfähigkeit und Teilhabe am späteren Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Sie kommt auch nach akuten Erkrankungen oder nach Unfallverletzungen in Betracht, wenn noch anhaltende Funktions- und / oder Teilhabestörung bestehen. Bei der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation kann bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres eine gesunde Begleitperson (i.d.R. ein Elternteil) ohne medizinische Begründung mit aufgenommen werden. Die Jugendlichenrehabilitation umfasst die Altersgruppe ab 12 Jahre bis 18 Jahre ohne Aufnahme einer gesunden Begleitperson. Die Konzepte sind auch hier speziell auf die Bedürfnisse und Bedarfe der jeweiligen Altersgruppen abgestimmt. Auch zeitgleiche Rehabilitationen von Geschwistern oder Kind bzw. Geschwister sowie Vater und / oder Mutter sind möglich, sofern bei allen Beteiligten die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und die Verfügbarkeit einer Einrichtung mit den jeweiligen erforderlichen Indikationen für die Durchführung der zeitlich sowie örtlich abgestimmten Leistung gegeben ist. Eine weitere Besonderheit ist die Möglichkeit, dass versicherte Eltern unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 27. Geburtstag ihres kranken Kindes einen Antrag auf Kinder- und Jugendlichenrehabilitation über ihr eigenes Versicherungskonto stellen können. Die Leistung kann dann in einer Reha-Einrichtung für Erwachsene oder in einer Einrichtung erfolgen, die über spezielle indikationsspezifische Konzepte für junge Erwachsene verfügt.

1.6 Reha-Nachsorge und weitere Leistungen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation

1.6.1 Reha-Nachsorge

Die Reha-Nachsorge dient der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs. Zurzeit umfasst die Reha-Nachsorge der Rentenversicherungsträger unterschiedliche Angebote und Programme, die nach § 17 Abs. 1 SGB VI (nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe) erbracht werden. Im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation können auch ergänzende Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (Rehabilitationssport und Funktionstraining) in Betracht kommen.

Die Nachsorgeangebote und -programme der Rentenversicherungsträger sind indikationsbezogen konzipiert. In Abhängigkeit vom konkreten Nachsorgebedarf im Einzelfall sind komplexe Nachsorgeleistungen in Form etablierter Nachsorgeprogramme möglich, z. B. IRENA (Intensivierte **Reha-Nachsorge**), T-RENA (**T**rainings**therapeutische Reha-Nachsorge**), Psy-RENA (**P**sycho**somatische Reha-Nachsorge**), Nachsorge für Kinder und Jugendliche, Nachsorge für Abhängigkeitskranke. Die ambulante Nachsorge für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist eine spezielle Nachsorgeleistung nach vorausgegangener ganztägig ambulanter oder stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Das jeweilige Nachsorgekonzept gibt auch den Umfang und den zeitlichen Rahmen vor. Leistungen zur Nachsorge schließen in der Regel unmittelbar an eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation an. Nahtlosigkeit und Kontinuität sind wichtige Faktoren, um die Ziele der Nachsorge zu erreichen. Eine Übersicht der unterschiedlichen Nachsorgeprogramme findet sich online auf der Seite: https://www.nachderreha.de/DE/Home/home_node.html.

1.6.2 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Als weitere Leistungen werden von den Rentenversicherungsträgern nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX ergänzende Leistungen erbracht. Hierzu zählen ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung sowie ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung. Näheres bestimmt die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2022“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

1.6.3 Stufenweise Wiedereingliederung

Um arbeitsunfähige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach lang andauernder Krankheit an die Belastungen ihres bisherigen Arbeitsplatzes heranzuführen, kann die DRV nach § 44 SGB IX Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung erbringen. Analog zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Aufgaben zur stufenweisen Wiedereingliederung in § 74 SGB V geregelt sind, handelt es sich um Lebensunterhalt sichernde Entgeltersatzleistungen (Übergangsgeld) für die schrittweise Wiederaufnahme der bisherigen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit.

Die stufenweise Wiedereingliederung wird von der DRV im Sinne einer vollständigen und umfassenden Leistungserbringung nur im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit einem Beginn innerhalb von 28 Tagen erbracht. Die sozialmedizinische Indikationsstellung muss daher bereits in der Reha-Einrichtung erfolgen, die auch den Stufenplan der schrittweisen Arbeitsaufnahme erstellt und das Vorgehen mit den Beteiligten wie Versicherten, Arbeitgebern, behandelnden Ärzten und Krankenkassen abstimmt.

Weiterführende Informationen können dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (www.reha-konzepte-drv.de) sowie dem „Sozialmedizinischen Glossar“ entnommen werden (www.sozialmedizin-glossar-drv.de).

1.6.4 Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche

Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche können alle Angebote umfassen, die der Verstetigung des Rehabilitationserfolgs dienen. Dies können auch therapeutische Leistungen sein, die während der Rehabilitation durchgeführt wurden und im Rahmen der Nachsorge fortgesetzt werden sollen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit, Art und den Umfang von Nachsorgeleistungen wird i.d.R. während der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation getroffen und wird durch eine Empfehlung eingeleitet. Leistungen zur Nachsorge werden wohnortnah von zugelassenen Nachsorgeanbietern (zum Beispiel Rehabilitationseinrichtungen oder Therapeuten mit Krankenkassenzulassung) durchgeführt. Sie können unimodal oder multimodal erbracht werden. Die Umsetzung wird gegebenenfalls durch ein Nachsorgemanagement unterstützt. Unimodale Nachsorgeleistungen konzentrieren sich auf ein Behandlungselement. Hierzu gehören: Sport- und Bewegungstherapie; Physiotherapie; Ergotherapie; Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie; Entspannungstraining; Psychotherapie; Sozialpädagogische Nachsorge (bei Abhängigkeitserkrankungen oder schädlichem Gebrauch). Ab dem 18. Geburtstag greifen i.d.R. die Nachsorgeangebote für Erwachsene (siehe Kapitel 1.6.1 sowie 1.6.2).

Weiterführende Informationen zur Reha-Nachsorge bei Kindern und Jugendlichen finden sich unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/ki_ju_nachsorge/ki_ju_nachsorge

2. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung ist ein Schriftstück mit besonderer Bedeutung. Er dient der Dokumentation und Information über Behandlungsanlass, Reha-Verlauf und -Ergebnis und insbesondere der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Der Reha-Entlassungsbericht wird durch die Beurteilung des Leistungsvermögens um die Dimension eines sozialmedizinischen Gutachtens erweitert. Er richtet sich somit nicht nur an die ambulant behandelnden Ärztinnen und Ärzte, sondern dient als sektorenübergreifende Entscheidungsgrundlage für nachfolgende Leistungen der Renten- oder anderer Sozialversicherungsträger. Wird der Reha-Entlassungsbericht unter Einbeziehung der Informationen von verschiedenen Berufsgruppen des Reha-Teams erstellt, kann dies die Qualität des Rehabilitationsprozesses erhöhen. Der Reha-Entlassungsbericht fasst somit alle relevanten Aspekte des Reha-Geschehens in einer kondensierten Form zusammen, ohne den Anspruch auf die Vollständigkeit der Patientenakte zu haben.

2.1 Funktion und Bedeutung

Im Einzelnen erfüllt der Reha-Entlassungsbericht – jeweils unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – verschiedene Funktionen:

- **Informationsweitergabe**

Der Reha-Entlassungsbericht informiert behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Rentenversicherungsträger und Patientinnen und Patienten sowie gegebenenfalls andere ausgewählte Adressaten über Diagnosen, erhobene Befunde, Reha-Ziele, -Verlauf, -Ergebnis und gibt Hinweise zur Weiterbehandlung einschließlich Reha-Nachsorge.

- **Sozialmedizinisches Gutachten**

Im Reha-Entlassungsbericht werden die festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Funktion im Alltag und im Berufsleben bewertet. Damit fungiert der Reha-Entlassungsbericht als ein sozialmedizinisches Gutachten.

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Bewertung der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Teilhabe im Alltag und – je nach Alter – im Kindergarten, an Schule oder Ausbildung. Bei Jugendlichen ab dem 14. Geburtstag erfolgt zusätzlich eine sozialmedizinische Einschätzung in Bezug auf die Erwerbsprognose im Hinblick auf das spätere Erwerbsleben.

- **Vernetzung**

Mit dem Reha-Entlassungsbericht wird bei Bedarf die Weitergabe wichtiger Informationen aus der Rehabilitation an andere Bereiche des Gesundheitswesens gewährleistet. Er trägt somit zur Kontinuität in der Versorgungskette bei.

- **Qualitätsindikator**

Der Reha-Entlassungsbericht spiegelt die Arbeitsweise der Fachabteilung in der Reha-Einrichtung, deren Reha-Konzept und -Philosophie wider („Visitenkarte“) und stellt einen Baustein im Qualitätsmanagement dar.

- **Baustein für die Planung der rehabilitativen Versorgung und der Qualitätssicherung**

Der Reha-Entlassungsbericht enthält Basisdaten für Reha-Statistiken und ist somit wichtig für Reha-bezogene Analysen und Versorgungsplanungen. Der Reha-Entlassungsbericht stellt damit die Basis für das Peer-Review-Verfahren (s.u.), die Grundlage für die Auswertung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) (s.u.), einen Aspekt zur Festlegung von Reha-Therapiestandards (RTS) (s.u.) und die Ermittlung des sozialmedizinischen Verlaufs (SMV) (s.u.) dar.

Aus diesen unterschiedlichen Funktionen ergibt sich die besondere Bedeutung des Reha-Entlassungsberichtes. Gute Entlassungsberichte sind wesentlicher Bestandteil eines qualifizierten Reha-Prozesses und einer engagierten Betreuung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Sie geben Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Behandlern und Sozialleistungsträgern klare Hinweise für die Weiterbehandlung, Reha-Nachsorge und berufliche Belastbarkeit; sei es bei der Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz, für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder ein Rentenverfahren.

Gute Berichte erleichtern den Übergang von der Rehabilitation zur Weiterbehandlung. Sie ersparen den Versicherten unnötige Doppeluntersuchungen und Begutachtungen und schonen damit auch finanzielle Ressourcen der Solidargemeinschaft. Gute Berichte festigen ein transparentes Bild der Rehabilitation in der Öffentlichkeit und fördern eine gezielte Inanspruchnahme von Rehabilitation.

Die Qualität von Reha-Entlassungsberichten ergibt sich somit aus ihrer Brauchbarkeit für die Empfänger. Gute Berichte sind klar, schlüssig, prägnant und werden zeitnah – d. h. innerhalb von zwei Wochen – nach Entlassung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus der Einrichtung fertiggestellt. Sie zeichnen sich durch fachliche Korrektheit aus und lassen die Individualität der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihrer jeweiligen alltäglichen Umgebung erkennen

Der Reha-Entlassungsbericht soll – unter Einhaltung der vorgegebenen Gliederung des Leitfadens – so kurz wie möglich gehalten werden.

Werden bei der Erstellung des Berichts elektronische Masken als Hilfsmittel genutzt, sollten diese lediglich unterstützend zur Darstellung wichtiger indikationsspezifischer Details eingesetzt werden. Die jeweilige Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die individuelle Problematik bestehender Funktionsstörungen vor dem Hintergrund von Alltags- und Arbeitswelt müssen den Lesern in einer kurzen Übersicht deutlich werden. Somit müssen elektronische Vorgaben zur Erstellung eines Reha-Entlassungsberichtes die Individualität ausreichend widerspiegeln. Textbausteine mit stereotypem Inhalt und die Beschreibung des Konzeptes sollten vermieden werden. Vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes sollte auf eine sachliche und fachbezogene Formulierung geachtet werden. Dies gilt insbesondere für die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. Zu den Qualitätsmerkmalen des Reha-Entlassungsberichtes zählen folgende Punkte:

Personenorientierte Darstellung

Der Reha-Entlassungsbericht muss eine knappe Darstellung des individuellen Reha-Verlaufs enthalten. Dabei sollen eigene und aus der Umgebung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stammende Ressourcen für den Umgang mit bestehenden Funktionsstörungen beschrieben werden (vgl. in Kapitel 1.2. Kontextfaktoren i.S. der ICF). Die Therapieziele und deren Verständnis, der Erreichungsgrad von Zielen sowie Gründe, aufgrund derer die Ziele nicht erreicht wurden, sind gut verständlich darzustellen. Bei der Beschreibung der Fähigkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist vom Begriff der „Funktionsfähigkeit“ im Wechselspiel zwischen bestehenden Gesundheitsproblemen und den Kontextfaktoren im Sinne der ICF auszugehen (vgl. Kapitel 1).). Dabei ist eine individuelle und schlüssige Beschreibung der medizinischen Zusammenhänge unter Einbeziehung der Vorbefunde und der während der Rehabilitation erfolgten Diagnostik zu gewährleisten. Bei dieser Darlegung sind die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin zu beachten.

Medizinische und sozialmedizinische Korrektheit

Der Reha-Entlassungsbericht muss, bezogen auf die Reha-relevanten Beeinträchtigungen des Einzelfalls, klinisch und sozialmedizinisch bedeutsame Daten zur Anamnese, zu Befunden und zur Funktionsdiagnostik enthalten, aus denen die Funktionsstörungen ebenso wie wichtige Aspekte des therapeutischen Verlaufs und Empfehlungen für die Weiterbehandlung nachvollziehbar erkennbar sind. Dies setzt eine eingehende Bewertung relevanter vorangegangener Befunde und Therapien voraus. Eine zusätzliche apparative Diagnostik ist ausschließlich bei Unklarheit der zugrunde liegenden Schädigung und als Teil einer Verlaufsdagnostik indiziert. Die Auswahl der einzelnen Therapieelemente der Rehabilitation sind angemessen zu gestalten und/oder gegebenenfalls nach den Vorgaben der Reha-Therapiestandards auszurichten. Abweichungen sind medizinisch zu begründen. Eine von der vorbehandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt angesetzte medikamentöse Therapie sollte nur bei hinreichenden medizinischen Gründen verändert werden. Die Gründe für die Veränderung sind im Entlassungsbericht auszuführen. Dies gilt insbesondere für Teilnehmer an Disease-Management-Programmen (DMP). Die bei den meisten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorliegende Multimorbidität ist angemessen zu berücksichtigen.

Nutzerorientierung

Hierzu zählen:

- Übermittlung des Reha-Entlassungsberichtes zur unverzüglichen Informationsweitergabe innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung
- Klare Struktur, Einhalten der Gliederung dieses Leitfadens (vgl. Kapitel 6)
- Anschauliche Darstellung, inhaltliche Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit

- Sprachliche Prägnanz und Kürze bei hohem Informationsgehalt
- Verdichtung der im Reha-Team erhobenen Informationen zu einer Gesamtdarstellung
- Übersichtlichkeit in der äußeren Form

Sozialmedizinische Nutzbarkeit

Das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten, dem Lebensunterhalt dienenden beruflichen Tätigkeit soll verständlich beschrieben und mit dem individuellen Fähigkeitsprofil in Beziehung gesetzt werden. Hieraus werden klare Aussagen zur Beurteilung des qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens folgerichtig abgeleitet. Eine sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist nachvollziehbar darzustellen, da sie als Handlungsgrundlage für die berufliche Reintegration bzw. weitere Leistungen dient.

Um die Vorschläge für nachfolgende Leistungen – z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) – zügig prüfen und umsetzen zu können, ist es erforderlich, dass der Entlassungsbericht innerhalb von zwei Wochen beim Reha-Träger vorliegt.

2.2 Bedeutung des Reha-Entlassungsberichtes für die Reha-Qualitätssicherung

Es gehört zum gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, fachliche, organisatorische, personelle und medizinisch-technische Voraussetzungen für eine effektive und effiziente Rehabilitation sicherzustellen. Hierzu werden Verfahren eingesetzt, die unterschiedliche Aspekte einer Rehabilitation aus externer Sicht auf der Grundlage von Routine- und Erhebungsdaten, aber auch unmittelbar vor Ort im Rahmen von Visitationen bewerten.

Der Reha-Entlassungsbericht ist für verschiedene Instrumente der externen Reha-Qualitätssicherung von zentraler Bedeutung. Die Auswertungen schließen in der Regel einen Vergleich mit Reha-Fachabteilungen der gleichen Fachrichtung ein. Die fachabteilungsbezogenen Reha-Qualitätssicherungsberichte werden regelmäßig zu den folgenden Qualitätssicherungsverfahren erstellt.

Peer Review des Reha-Prozesses

Aus Expertensicht erfolgt eine Beurteilung des Reha-Prozesses mittels des Peer-Review-Verfahrens. Alle qualitätsrelevanten Aspekte eines individuellen Reha-Verlaufs werden auf der Basis des Reha-Entlassungsberichtes von für das Verfahren geschulten Ärztinnen und Ärzten anderer Einrichtungen (Peers) beurteilt. Therapiepläne sind dabei für die Bewertung nicht mehr erforderlich. Auf der Basis einer Stichprobe von Reha-Entlassungsberichten ist eine einrichtungsvergleichende Bewertung der Reha-Prozesse möglich. Da die Entlassungsbriefe für das Verfahren teilweise von den Trägern automatisiert gezogen werden, ist eine korrekte Übermittlung ohne Anschreiben mit vollständigen Seiten notwendig.

Sozialmedizinischer Verlauf (SMV)

Der sozialmedizinische Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation (SMV) ist ein Instrument zur Messung der Ergebnisqualität einer medizinischen Rehabilitation. Die Auswertungen erfolgen auf der Grundlage der Verlaufserhebung der Reha-Statistik- Datenbasis (RSD). Ergänzend werden regionale Arbeitsmarktmerkmale sowie die Auswertungen der Daten des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung eingefügt. Die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage werden genutzt, um den Reha-Erfolg im ersten und zweiten Jahr nach medizinischer Rehabilitation darzustellen. Zusätzlich wird ein Adjustierungsverfahren eingesetzt, dass individuelle Merkmale der Rehabilitanden berücksichtigt und eine faire Bewertung der Rehabilitationsergebnisse und ein Vergleich zwischen Fachabteilungen einer Indikation gewährleistet. In der Reha-Qualitätssicherung wird dieses Verfahren eingesetzt, um anhand des Erwerbsverlaufs nach medizinischer Rehabilitation eine Aussage zur Qualität der zurückliegenden Rehabilitation zu treffen.

Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL)

Die auf Blatt 1b des Reha-Entlassungsberichtes dokumentierten Daten der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL-Daten) werden genutzt, um alle von der Reha-Einrichtung codierten Leistungen im Sinne eines Leistungsspektrums darzustellen und mit Hilfe von Kennzahlen zur Leistungsverteilung, -menge und -dauer zu bewerten (vgl. Kapitel 5).

Reha-Therapiestandards

Die KTL-Daten von Blatt 1b werden genutzt, um darzustellen, inwieweit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden.

Rehabilitandenbefragung

Die Rehabilitandenbefragung soll die Qualität der erfolgten Reha-Leistung aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden widerspiegeln. Die Ergebnisse informieren über die subjektive Einschätzung zur Zufriedenheit und zum Ergebnis der Rehabilitation. Rehabilitandenmerkmale, die einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben können, werden als sogenannte Kontrollvariablen zur Adjustierung der Ergebnisse einer Einrichtung verwendet. Der Reha-Entlassungsbericht stellt neben anderen Routinedaten aus der Reha-Statistik die Datenbasis für die Dokumentationsgrundlage dieser Kontrollvariablen (z.B. Anzahl der Diagnosen, psychische Komorbidität, Reha-Dauer oder Arbeitsunfähigkeit) vor der Rehabilitation dar.

Rehabilitandenstruktur

Informationen zu krankheitsbezogenen Merkmalen, Blatt 1 bzw. 1a des Reha-Entlassungsberichtes, wie z.B. Diagnosen, Leistungsvermögen oder Nachsorgeempfehlungen, und Informationen zu soziodemographischen Merkmalen aus der RSD verdeutlichen das Rehabilitandenspektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

Um eine zusammenfassende Darstellung der Qualitätsergebnisse der verschiedenen Verfahren zu erleichtern, ist von der Rentenversicherung ein Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) entwickelt und eingeführt worden. Dabei werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in Qualitätspunkte umgerechnet. Derzeit liegen Daten zu folgenden Qualitätsindikatoren vor: Behandlungszufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg aus der Rehabilitandenbefragung sowie Ergebnisse aus dem Peer Review-Verfahren, der therapeutischen Versorgung und den Reha-Therapiestandards.

Weitere Informationen über die eingesetzten Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung sowie aktuelle Informationen sind im Internet auf den Seiten der Deutschen Rentenversicherung unter „https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung_node.html“ abrufbar.

2.3 Der Formularsatz des Reha-Entlassungsberichtes

Zur Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes wurde von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung ein einheitlicher Formularsatz entwickelt. Er umfasst insgesamt vier Formblätter:

Blatt 1: Basisinformation (vgl. Kapitel 3)

Blatt 1a: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (vgl. Kapitel 4)

Blatt 1a-2: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise – Fortsetzung (optional)

Blatt 1b: Dokumentation therapeutischer Leistungen (vgl. Kapitel 5)

Blatt 2 ff.: Textteil in freier Form nach vorgegebener Gliederung (vgl. Kapitel 6)

Der vollständige Reha-Entlassungsbericht dient zur Dokumentation für:

- den jeweiligen Rentenversicherungsträger
- die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt
- die Reha-Einrichtung
- die Rehabilitandin bzw. Rehabilitanden
- sozialrechtliche Feststellungsverfahren

2.4 Patientenrechte und Datenschutz

Der Rentenversicherungsträger erhält in jedem Fall eine Ausfertigung des Reha-Entlassungsberichtes. Die Weiterleitung des Reha-Entlassungsberichtes durch die Reha-Einrichtung an den Rentenversicherungsträger ist im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorschriften zulässig. Es bedarf hierfür nicht der Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bzw. bei Minderjährigen ihrer gesetzlichen Vertreter.

Im Hinblick auf die informationelle Selbstbestimmung ist der Reha-Entlassungsbericht den Rehabilitanden regelhaft auszuhändigen bzw. zu übersenden. Die Rehabilitanden werden somit in die Lage versetzt, selbst zu entscheiden an wen oder welche Stellen sie diesen weitergeben wollen.

Davon unabhängig können die Reha-Einrichtungen den Entlassungsbericht unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte weiterleiten. Für die Übermittlung des Reha-Entlassungsberichtes an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt ist die Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erforderlich. Die Einwilligung muss mit dem Formblatt G821 zusammen mit dem Formblatt G820 von der Reha-Einrichtung eingeholt werden. Eine wirksame Einwilligungserklärung setzt voraus, dass die Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden über die Bedeutung der Einwilligung aufgeklärt sind. Daher kann die Einwilligung erst am Ende der Rehabilitation eingeholt werden, weil die entsprechenden Personen erst dann einen Überblick über Inhalt und Umfang der zu übermittelnden Daten erhalten können.

In gleicher Ausfertigung wie für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt kann der Reha-Entlassungsbericht auch an den zuständigen betriebs- oder personalärztlichen Dienst übersandt werden, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hierzu ihre ausdrückliche Einwilligung erklärt haben.

Die gesetzliche Krankenkasse, bei der eine Rehabilitandin bzw. ein Rehabilitand krankenversichert ist, kann nur auf besondere Anforderung und mit Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes erhalten. Eine routinemäßige Übersendung darf entsprechend nicht erfolgen. Die gesetzliche Krankenkasse muss in ihrer Anfrage bestätigen, dass ihr eine entsprechende Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorliegt. Die Einwilligung selbst muss nicht vorgelegt werden. Die Einwilligung ist nicht von der Reha-Einrichtung oder der Deutschen Rentenversicherung einzuholen. Eine Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes an gesetzliche Krankenkassen für deren eigene Zwecke ist auch mit Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden grundsätzlich ausgeschlossen.

Bittet der Medizinische Dienst (MD) um Übersendung eines vollständigen Reha-Entlassungsberichtes, kann dieser zugesandt werden, wenn in der Anfrage bestätigt wird, dass eine entsprechende Einwilligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorliegt. Die Einwilligung selbst muss nicht vorgelegt werden. Die Einwilligung ist nicht von der Reha-Einrichtung oder der Deutschen Rentenversicherung einzuholen. Sollten gesetzliche Krankenkassen den Reha-Entlassungsbericht für den MD anfordern, kann die Übersendung nur direkt an den MD erfolgen.

An private Krankenversicherungen ist eine Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes nach Vorlage einer aktuellen Einwilligungserklärung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zulässig. Es müssen Name und Anschrift des Empfängers sowie die Absendung des Reha-Entlassungsberichtes mit Angabe des Datums dokumentiert werden.

Der Versand des Entlassungsberichts an Dritte muss dokumentiert werden.

Für die Rentenversicherungsträger fungiert der Reha-Entlassungsbericht als sozialmedizinisches Gutachten. Die standardisierten Angaben werden elektronisch aufbereitet und für mindestens sechs Jahre im Versicherungskonto gespeichert. Sie stehen als anamnestische Daten für die individuelle Betreuung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung und unterstützen eine bedarfsgerechte Planung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (LTA).

Verwenden Sie für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung ausschließlich den Formularsatz der Deutschen Rentenversicherung! Das gilt auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden (§ 40 SGB V).

Für die Übermittlung des Reha-Entlassungsberichtes an andere Personen oder Organisationen außer dem zuständigen Rentenversicherungsträger gilt bei minderjährigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, dass jeweils die Einwilligungen ihrer gesetzlichen Vertreter vorliegen müssen. Im Falle einer gesetzlich bestellten Betreuung bedarf es der Einwilligung des Betreuers. Im Falle rechtlich betreuter Elternteile muss geprüft werden, inwieweit es einer Zustimmung der rechtlich bestimmten Betreuungsperson bedarf. Der Aufgabenkreis des Betreuers ist hierbei zu beachten.

2.5 Übermittlungsform des Reha-Entlassungsberichtes

Die Übersendung der Reha-Entlassungsberichte muss ausschließlich per elektronischem Verfahren mittels Datenfernübertragung (DFÜ) erfolgen. Die Überstellung erfolgt dabei über die XML-Schnittstelle ohne Anschreiben. Dabei ist der vollständige Reha-Entlassungsbericht als PDF-Dokument mit dem XML-Geschäftsvorfall „Entlassungsbericht“ zu übermitteln. Das Entlassungsberichtsdocument sollte nicht über mehrere Dateianhänge verteilt sein. Sofern weitere Unterlagen, z.B. Laborwerte, mit übermittelt werden sollen, sind diese mit dem PDF-Entlassungsbericht auf Blatt 2 zu übertragen. Es ist nicht ausreichend nur die Freitexte (Beispiel Blatt 2) als PDF-Dokument zu übertragen.

Weiterführende Informationen zum elektronischen Übertragungsverfahren finden sich unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/reha_301_xml.html

2.6 Allgemeine Dokumentationshinweise

Die nachfolgenden Erläuterungen sollen Ihnen die Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes in der von den Rentenversicherungsträgern benötigten Form erleichtern.

Merke

X

Geschlossene Merkmalfelder sind immer Ankreuzfelder.

3

Nicht geschlossene Merkmalfelder sind immer Schlüsselfelder. Trifft bei einstelligen Merkmalen mehr als eine Ausprägung zu, so ist immer der niedrigste Schlüssel anzuwenden. Ausnahme: Entlassungsform.

M	5	0	1	
---	---	---	---	--

Mehrstellige Schlüssel werden immer linksbündig eingetragen.

--

Ungegliederte Felder sind immer Freitextfelder.

Die zugelassenen Schlüssel für die Ausprägungen eines Merkmals sind entweder auf dem Formular neben dem Merkmal ausgedruckt oder werden den entsprechenden Klassifikationsverzeichnissen (z.B. Diagnoseschlüssel, KTL) entnommen. Ganz allgemein gilt, dass Informationen nur dann korrekt verarbeitet werden können und damit erhalten bleiben, wenn sie innerhalb der bezeichneten Felder stehen. Einige Merkmalfelder müssen in jedem Fall einen plausiblen Eintrag enthalten, einige nur, wenn die hierzu erforderlichen Informationen vorliegen, andere – vorwiegend Ankreuz- oder Textfelder – werden nur bei Bedarf genutzt.

Auf jedem Blatt müssen der vollständige Name, der Vorname und das Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden eingetragen werden.

Bei Bedarf kann das Blatt 1b bis zu dreimal, das Blatt 2 in beliebiger Anzahl verwendet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Blätter rechts oben fortlaufend nummeriert werden müssen, z.B. Blatt 2.1.

Folgende Merkmale müssen immer einen Eintrag enthalten:

Blatt 1: Versicherungsnummer (VSNR) oder mindestens das Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, Name, Vorname, Adresse, Kennzeichen, Maßnahmenummer, Institutionskennzeichen (IK), Entlassungsform, Arbeitsfähigkeit, Erstdiagnose mit ICD-10-GM-Verschlüsselung, Ursache der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Ausnahme: VSNR und Maßnahmenummer dürfen nur fehlen, wenn die Bewilligungsunterlagen, wie im AHB-Verfahren (Anschlussrehabilitation, AR), noch nicht vorliegen oder diese trägerspezifisch keine Informationen hierzu enthalten.

Blatt 1a: Name, Vorname, Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit mit Beurteilung des zeitlichen Umfangs, positives und negatives Leistungsvermögen mit Beurteilung des zeitlichen Umfangs, sozialmedizinische Epikrise.

Ein zu erwartendes Leistungsvermögen im späteren Erwerbsleben muss in der sozialmedizinischen Epikrise nachvollziehbar dargestellt werden. Bei Jugendlichen ab 14 Jahren können Angaben zum negativen Leistungsvermögen sinnvoll sein.

Ausnahme: Blatt 1a entfällt bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder unter 14 Jahren sowie für Angehörige oder Empfänger von Altersrente.

Blatt 1a-2: Für die sozialmedizinische Epikrise auf Blatt 1a (freier Text) steht bei Bedarf ein zusätzliches Blatt 1a-2 mit maximal 53 Zeilen à 70 Zeichen zur Verfügung.

Blatt 1b: Name, Vorname, Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, Art und Anzahl mindestens einer durchgeführten therapeutischen Leistung.

Ausnahme: Blatt 1b darf nur entfallen, wenn der Aufenthalt in der Reha-Einrichtung weniger als drei Tage betrug.

Blatt 2 ff: Name, Vorname, Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, Arztbericht.

3. Basisinformation (Blatt 1)

Der Reha-Entlassungsbericht wird durch die verschiedenen Formblätter strukturiert. Die Rentenversicherungsträger haben festgelegt, welche Angaben und Eintragungen erforderlich sind, um die großen Mengen an Daten und Informationen zweckgebunden speichern und weitergeben zu können. Damit verbunden ist eine Dokumentation von Daten über die Rehabilitanden und die durchführende Reha-Einrichtung, die dem eigentlichen, fachlich bedeutsamen, Berichtsteil vorangestellt wird. Die Dokumentation wird verwendet, um zu statistisch gesicherten Aussagen zu Reha-Prozess und Reha-Ergebnis zu gelangen. Sie kann damit auch als Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung und die weitere Ausgestaltung der rehabilitativen Versorgung genutzt werden.

Die Formularseiten sind im Anhang wiedergegeben.

3.1 Rehabilitandendaten

Versicherungsnummer (VSNR)

Bei Versicherungsbeginn wird für jeden Versicherten/jede Versicherte eine persönliche Versicherungsnummer (VSNR) vergeben. Die Rentenversicherung benutzt sie zur Identifizierung.

Versicherungsnummer											
1	2	0	1	1	2	7	0	N	5	5	8
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten											
0	1	1	2	7	0						

Fehlt die VSNR, so ist die Zuordnung eingehender Unterlagen zur Reha-Akte und zum Reha-Konto des Versicherten stark erschwert. Die VSNR wird den Bewilligungsunterlagen entnommen. Liegen Bewilligungsunterlagen nicht vor, wie z. B. im AHB-Verfahren, wird anstelle der VSNR das Geburtsdatum sechsstellig in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ) eingetragen.

VSNR bei versicherten Rehabilitanden

Name, Vorname und Wohnort der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden werden vollständig eingetragen. Der Rufname darf nicht abgekürzt werden.

Versicherungsnummer												Kennzeichen			
1	2	3	1	0	3	7	0	M	0	1	8	8	3	7	4
Patientin / Patient (Name, Vorname)															
Mustermann, Thomas															
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten															
Straße, Hausnummer															
Beerenstr. 12															
Postleitzahl								Wohnort							
0	4	1	0	3	Leipzig										
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch															

VSNR bei Angehörigen der Versicherten

Medizinische Leistungen für Angehörige nach § 31 SGB VI werden bei einigen Rentenversicherungsträgern unter der Versicherungsnummer der Versicherten geführt. In diesen Fällen werden daher auch der Name und Vorname der Versicherten und das Geburtsdatum der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden benötigt.

Medizinische Leistungen für Kinder und Jugendliche nach § 15a SGB VI werden über das Versicherungskonto des versicherten Elternteils beantragt und entsprechend auch geführt. In diesen Fällen sind ebenfalls der Name und Vorname des versicherten beantragenden Elternteils und das Geburtsdatum des zu rehabilitierenden Kindes erforderlich.

Versicherungsnummer														Kennzeichen				
1	2	3	1	0	3	7	0	M	0	1	8	8	3	7	4			
Patientin / Patient (Name, Vorname)																		
Mustermann, Juliane																		
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten																		
0	1	1	2	0	3													
Straße, Hausnummer																		
Beerenstr. 12																		
Postleitzahl										Wohnort								
0	4	1	0	3	Leipzig													
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch																		
Mustermann, Thomas																		

Bearbeitungskennzeichen

Dieses Kennzeichen bezeichnet die für den Einzelfall zuständige Stelle in der Sachbearbeitung des Rentenversicherungsträgers und ist ggf. den Bewilligungsunterlagen zu entnehmen. Liegen Bewilligungsunterlagen nicht vor oder ist die Angabe den vorhandenen Unterlagen nicht zu entnehmen, kann keine Eintragung erfolgen.

Kennzeichen			
8	3	7	4

Maßnahme-Nummer (MSAT / MSNR)

Für jeden Versicherten wird bei jeder Antragsstellung eine neue MSNR im Konto vergeben. Dreistellige Nummern werden linksbündig eingetragen. Die MSNR findet sich in den Bewilligungsunterlagen. Liegen diese nicht vor oder ist die MSNR nicht enthalten, kann eine Eintragung nicht erfolgen.

MSAT / MSNR			
1	1	A	5

3.2 Reha-Einrichtung

Adresse der Reha-Einrichtung

Es ist erforderlich, den vollständigen Namen der Reha-Einrichtung mit Angabe der Adresse und ggf. der Fachabteilung einzutragen.

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

Institutionskennzeichen (IK)

Eingetragen wird das mit den Rentenversicherungsträgern vereinbarte neunstellige Institutionskennzeichen.

IK-NR								
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Abteilungsnummer (Abt.-NR)

Notiert wird der zwischen der Reha-Einrichtung und dem federführenden Rentenversicherungsträger vereinbarte vierstellige Fachabteilungsschlüssel (Abt.-NR) für die Reha-Einrichtung / Fachabteilung. Bei nur einer Fachrichtung gilt die Abt.-NR für die gesamte Reha-Einrichtung. Aktuelle Informationen finden sich im Internet unter www.fachabteilungsschlüssel-drv.de. Darüber hinaus gibt der federführende Rentenversicherungsträger Auskunft.

Abt.-NR			
0	3	0	0

3.3 Aufnahme, Entlassung, Durchführung und Behandlungsform

Aufnahme, Entlassung

Eingetragen wird jeweils sechsstellig der erste und letzte Tag der Anwesenheit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden in der Einrichtung in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ).

Aufnahmedatum						Entlassungsdatum					
0	6	0	6	2	4	2	0	0	6	2	4

Art der Durchführung

Verschlüsselt wird die Durchführungsart der durchgeführten Rehabilitation, über die berichtet wird.

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

Besondere Behandlungsformen

Bei einer zwischen der Verwaltung der Deutschen Rentenversicherung und der Reha-Einrichtung getroffenen Absprache über eine besondere Behandlungsform wird diese eingetragen. Im Falle, dass keine besondere Behandlungsform erfolgte, wird auch dies dokumentiert (= 0). MBOR = medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, VOR (auch VMOR) = verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Wird beides durchgeführt, wird die Kategorie „MBOR und VOR“ gewählt. Unter „Sonstiges“ wird z.B. eine duale Rehabilitation vermerkt.

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

3.4 Diagnosen

Sowohl die mitgeteilten als auch die festgestellten Diagnosen sind nicht nur für die Auswahl der Rehabilitation wichtig. Sie liefern zudem wesentliche Informationen für den rehabilitationsmedizinischen Prozess. Die Diagnose hat eine Leitfunktion für das ärztliche Handeln. Sie muss daher möglichst exakt das vorliegende Krankheitsbild benennen und einem Diagnoseschlüssel zugeordnet werden. Es sollen hier primär Funktionsdiagnosen und nicht klinische Diagnosen verwendet werden (s.u.). Dabei sind die auf Blatt 1 aufgeführten Diagnosen unverzichtbare Basisinformationen.

Im Blatt 1 sind von insgesamt sechs Textfeldern fünf mit dazugehörigen Merkmalfeldern für die Verschlüsselung nach der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären

Versorgung in Deutschland, d. h. nach der deutschen Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-GM vorgesehen (s.u.). Bis zu fünf Diagnosen können hier textlich beschrieben und klassifiziert werden. Dazu stehen für eine Diagnoseangabe in einem Textfeld drei Zeilen mit jeweils maximal 40 Zeichen zu Verfügung. Im sechsten Textfeld können weitere Diagnosen in insgesamt drei Zeilen mit jeweils 70 Zeichen erfasst werden. Nach Möglichkeit sollte „Klartext“ geschrieben werden, damit die Information für medizinische Laien verständlich ist. Abteilungsspezifische Abkürzungen oder Reduzierung der Diagnose auf mehr oder weniger verbreitete Kürzel können missverständlich sein. Darüber hinaus können weitere Diagnosen im Textfeld fortlaufend beschrieben werden.

Reihenfolge der Diagnosen

Das sozialmedizinisch Wichtigste zuerst!

Die Reihenfolge der Diagnosen, wie sie in die Diagnosefelder eingetragen werden, ist nicht beliebig. Die Reihenfolge der Diagnosen drückt den Rang der Wichtigkeit aus, den die Diagnose und die damit verbundenen Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit für die durchgeführte Rehabilitation und für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit haben. An erster Stelle wird die Diagnose eingetragen, mit der Krankheitsfolgen oder Behinderungen verbunden sind, die die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben am stärksten beeinträchtigt haben. Diagnosen aus dem Kapitel Z der ICD-10-GM („Z-Diagnosen“) sind als Erstdiagnose in der Regel zu unspezifisch.

Darüber hinaus richtet sich die statistische Auswertung der Reha-Daten und damit die Qualitätssicherung nach der Reihenfolge der Diagnosen. Bei Eintragung einer fachfremden Diagnose an erster Stelle könnte somit die durchgeführte Reha-Leistung nicht korrekt bei der statistischen Auswertung berücksichtigt werden.

Beispiel:

Die Rehabilitation wurde wegen Leistungseinbußen nach Hinterwandinfarkt bei bekannter koronarer Herzkrankheit und arterieller Hypertonie beantragt und durchgeführt. Der Rehabilitand konnte sich während der Rehabilitation problemlos bis 125 Watt belasten. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit stand jedoch eine Hirnleistungsstörung im Vordergrund, die auf eine vorbestehende Hirnischämie zurückgeführt wurde.

Ausnahmen von dieser Regel sind Rehabilitationen wegen maligner Erkrankungen (onkologische Rehabilitation), Abhängigkeitserkrankungen (Entwöhnungsbehandlungen) sowie Anschlussrehabilitationen (AR, AHB). Hier wird an erster Stelle obligatorisch die Tumordiagnose, die Diagnose der Abhängigkeitserkrankung bzw. die AHB-Indikation genannt und verschlüsselt, auch wenn mit diesen Erkrankungen keine wesentliche Funktionseinschränkung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit verbunden ist.

Diagnosetext

Die Folgen von Krankheit und Behinderung hinsichtlich Aktivitäten und Teilhabe sind bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit maßgebend. Daher sind nach der Hauptdiagnose der Erkrankung (z.B. Schlaganfall), welcher die Funktionsbeeinträchtigungen zugrunde liegen, die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (z.B. Hemiparese) zu formulieren. Entscheidend ist, dass die krankheits- oder behinderungsbedingten Funktionsstörungen einer klinischen Diagnose zugeordnet werden, so dass aus einer defizitorientierten Diagnose Funktionsdiagnosen entstehen. Die Umstellung von der klinischen Diagnose zur Funktionsdiagnose markiert Änderungen der Sichtweise und Auffassung von Krankheit und Behinderung, wie sie auch in dem biopsychosozialen Modell der funktionalen Gesundheit anzutreffen ist. Die Funktionsdiagnose unterstreicht, dass der Mensch rehabilitiert wurde und fokussiert nicht in erster Linie auf eine Krankheit. Funktionsbezogene Diagnosen sollten durch eine möglichst laienverständliche Beschreibung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen auch für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gut nachvollziehbar formuliert werden.

Im medizinischen Alltag wird häufig eine Diagnose mit „Z.n.“ ergänzt. Diese Information ist für die Zwecke der gesetzlichen Rentenversicherung unzureichend. Informativer als „Z.n. Ablatio mammae re.“ ist „Rezidivfreiheit nach Mamma-Ca. re. T2 N1 M0, Ablatio mit Strahlentherapie 2023“. Auch die Diagnose „Z.n. Nukleotomie L3/L4 mit belastungsabhängigen Schmerzen“ kann besser durch die klinische Diagnose „Postnukleotomie-Syndrom

nach mikrochirurgischer Nukleotomie der Bandscheibe zwischen LWK3/LWK4 mit belastungsabhängigen ausstrahlenden Schmerzen“ umschrieben werden.

Da bei der Diagnosestellung die funktionellen Einschränkungen sozialmedizinisch bewertet werden, sollte darauf geachtet werden, dass auch deutlich wird, wenn keine Funktionseinschränkung vorliegen. Für die Formulierung der Funktionsdiagnosen genügt eine kurze und prägnante Aufzählung der relevanten Funktionseinschränkungen, die eine Konsequenz für die Leistungsfähigkeit zeigen. Bei einer mittelgradigen Depression wären z.B. Funktionseinschränkungen, welche die Haupt- und Zusatzsymptome einer Depression nachvollziehen lassen, von Bedeutung.

Beispiele	
Klinische Diagnose	Funktionsdiagnose
Z.n. Ablatio mammae	Abgeschlossene chirurgisch-onkologische Behandlung eines rechtsseitigen Brustdrüsentumors ohne Organkomplikationen
Z.n. Hüft-TEP	Geringe Bewegungseinschränkungen in der rechten Hüfte nach Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Diabetes mellitus Typ 2, medikamentös eingestellt	Medikamentös kompensierter Stoffwechsel bei Diabetes mellitus Typ 2 mit guter Blutzuckereinstellung ohne Komplikationen
Obstruktive Ventilationsstörung bei infektallergischem Asthma bronchiale	Nach akuter Atemwegsinfektion der Lunge wiederhergestellte gute Lungenfunktion bei langfristig bekanntem Asthma bronchiale

Der Diagnosetext unterstützt die individuelle Betreuung der Versicherten, um später im Zusammenhang mit neu eingehenden Leistungsanträgen dem Sozialmedizinischen Dienst als anamnestiche Angabe zur Verfügung zu stehen. Er muss daher möglichst genau die vorliegenden Erkrankungen mit den damit verbundenen Funktionseinschränkungen wiedergeben.

Grundsätzlich reicht es an dieser Stelle allerdings aus, wenn lediglich der Diagnosetext der ICD 10 aufgeführt wird. In diesem Falle müssen dann im Freitext auf Blatt 2 die aus der Diagnose resultierenden Funktionseinschränkungen klar hervorgehen.

Zurückliegende Erkrankungen, Unfälle oder operative Eingriffe ohne gesundheitliche Folgen, die den augenblicklichen Gesundheitszustand nicht mehr beeinträchtigen (z.B. Cholezystektomie oder Appendektomie), werden nicht hier, sondern im Rahmen der Anamnese im Freitext des Gliederungspunktes 1 dokumentiert.

Unzulässig ist die Verknüpfung mehrerer Diagnosen in den ersten fünf Textfeldern, für die nach der ICD-10-GM jeweils eigene Schlüssel zur Verfügung stehen. Da jedem Text nur eine Verschlüsselungszeile zugeordnet ist, können unverschlüsselte medizinische Sachverhalte in statistische Betrachtungen nicht einbezogen werden. Die „kompensierte Linksherzinsuffizienz bei Herzwandaneurysma infolge eines Hinterwandinfarktes mit intermittierendem Vorhofflimmern“ wird besser in vier verschlüsselbaren Diagnosen wiedergegeben.

Um die korrekte Datenverarbeitung sicherzustellen, müssen folgende Regeln für die erste bis fünfte Diagnose beachtet werden:

- Die Diagnosentexte sind in die hierfür vorgesehenen Felder einzutragen
- Ein Diagnosenfeld darf nur eine Diagnose im Sinne der ICD-10-GM enthalten
- Ein Diagnosentext darf eine Satzlänge von 120 Zeichen einschließlich Satzzeichen und Leerstellen nicht überschreiten
- Es dürfen nur allgemein übliche Abkürzungen verwendet werden, um Missverständnisse und Mehrdeutigkeiten auszuschließen
- Fachspezifische Abkürzungen sollen nicht genutzt werden

Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10-GM

Der Diagnoseschlüssel klassifiziert die genannte Erkrankung. Er ermöglicht die statistische Darstellung des Reha-Geschehens und unterstützt die erforderlichen Planungs- und Steuerungsaufgaben zur Durchführung medizinischer Leistungen.

Die Verschlüsselung der medizinischen Diagnose im Bereich der Deutschen Rentenversicherung erfolgt auf der Basis der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) und zwar immer mit der aktuell gültigen Version. Derzeit ist die 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) verbindlich. Die aktuelle Version der ICD-10-GM kann im Internet unter „https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html“ eingesehen werden.

Mit der Einführung der ICD-10-GM ist eine dreistellige Codierung nur dann erlaubt, wenn die tiefere Differenzierung im Schlüsselverzeichnis nicht vorgesehen ist, d. h. nur die dreistelligen Kategorien definiert sind, z. B. C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes. Ein Punkt ist hierbei nicht vorgesehen.

Die vier- und fünfstelligen Schlüssel werden linksbündig und ohne Punkte oder Sonderzeichen eingetragen. Zur konkreten Diagnose ist jeweils die größtmögliche Differenzierungsebene zu dokumentieren. Vierstellige Schlüsselnummern, z. B. M161, produzieren eine offene fünfte Stelle. Eine Auffüllung mit anderen Zeichen ist nicht zugelassen.

Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung wird die Diagnoseverschlüsselung einerseits auf plausible Werte, d. h. existierende bzw. zulässige Schlüsselnummern und andererseits auf korrekte Verschlüsselung, z. B. geschlechtsspezifisch geprüft.

Zusatzkennzeichen Seitenlokalisierung

Die Verwendung der Seitenlokalisierung ermöglicht eine Präzisierung des Krankheitsortes.

Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseitig

Diese Differenzierungsmöglichkeit sollte nur im Fall einer zusätzlichen Information – nicht bereits im Diagnoseschlüssel enthalten – genutzt werden. Fehlt sie, weil sie beispielsweise keinen Sinn ergibt, wird diese Position auch nicht ausgefüllt (blank).

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seiten- lokali.
Primäre Coxarthrose rechts	M 1 6 1	R

Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit

Hier ist eines der folgenden vier Merkmale verpflichtend zu verschlüsseln. Andere Zeichen (auch „blank“) dürfen nicht verwendet werden.

Diagnosesicherheit
A = Ausgeschlossene Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = Zustand nach
G = Gesicherte Diagnose

Nicht immer ist es möglich, eine Erkrankung mit letzter Sicherheit abzuklären. Im Fall der Verdachtsdiagnose sollte versucht werden, die Symptomatik präzise zu benennen und mit dem Hinweis auf die vermutlich zugrunde liegende Erkrankung zu versehen: Anstelle von „V.a. rheumatoide Arthritis“ besser:

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
Rez. schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Fingergelenke bei seronegativer rheumatoider Arthritis (Verdacht)	M 0 6 0	B	V

Sekundäre Diagnoseschlüssel

Sekundäre Schlüsselnummern sind optionale Codes, die nicht allein, sondern nur in Kombination mit einem primären Code benutzt werden können. In der ICD-10-GM gibt es zwei Arten von sekundären Codes: Ausrufezeichenschlüsselnummern sind mit einem Ausrufezeichen (z. B. S41.87!), Sternschlüsselnummern mit einem Stern (z. B. H36.0*) gekennzeichnet.

Um eine Diagnose, z. B. S42.3 „Fraktur des Humerusschaftes“ näher zu erläutern, kann durch die zusätzliche Angabe S41.87! „Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes“ die Frakturverletzung näher spezifiziert werden. Die Codierung lautet dann S42.3 S41.87!

Die ICD-10-GM klassifiziert Diagnosen primär nach der Ätiologie. Eine Retinopathie bei Diabetes mellitus Typ-1 wird daher primär als Diabetes mellitus Typ-1 verschlüsselt, d. h. E10.30 „Diabetes mellitus, Typ 1, mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet“. Mittels des Kreuz-Stern-Systems wird mit der sekundären Schlüsselnummer H36.0* „Retinopathia diabetica“ die Manifestation der Krankheit angegeben. Die primäre Schlüsselnummer wird dabei durch ein angehängtes Kreuz gekennzeichnet. Die Verschlüsselung lautet also E10.30+ H36.0*.

In den derzeit zur Verfügung stehenden Vordrucken des „Ärztlichen Entlassungsberichts“ gibt es keine Möglichkeit sekundäre Diagnoseschlüssel einzutragen. Die mittels der sekundären Schlüsselnummern kodierten Informationen sind daher im Text anzugeben. Entsprechend der o.g. Beispiele lauten die Diagnosen „Fraktur des Humerusschaftes mit Weichteilschaden I. Grades bei offener Fraktur oder Luxation des Oberarmes“ mit der Schlüsselnummer S42.3 sowie „Retinopathie bei Typ-1-Diabetes“ mit der Schlüsselnummer E10.30.

Unter Umständen kann diese Vorgehensweise zu Problemen führen. Wenn, wie im oberen Beispiel dargestellt, eine Rehabilitation aufgrund einer „Retinopathie bei Diabetes mellitus Typ-1“ in einer Augenklinik durchgeführt wurde, kann die Augenklinik keine internistische Verschlüsselung als Hauptdiagnose in den Entlassungsbericht eintragen; die Verschlüsselung der Hauptdiagnose lautet in diesem Falle H35.0 „Retinopathie o.n.A.“. Der Diabetes mellitus wird als weitere Diagnose verschlüsselt und das Krankheitsbild im Text erläutert.

Ein Problem besteht derzeit bei der Verschlüsselung des Post-COVID-Zustands. Zur Verschlüsselung soll entsprechend der ICD-10-GM von den Rentenversicherungsträgern die Verschlüsselung „U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ genutzt werden. Bei der statistischen Auswertung besteht das Problem, dass Sekundär Diagnosen mit Ausrufezeichen, wie U09,9!, aufgrund unterschiedlich genutzter Software in den Rehabilitationseinrichtungen z.T. nicht übermittelt werden können.

Verschlüsselung nach ICD-11

Im Januar 2022 trat die 11. Revision der ICD (ICD-11) in Kraft. Die ICD-11 ist seit ihrem Inkrafttreten grundsätzlich einsetzbar, jedoch ist die Entwurfsfassung der ICD-11 in Deutschland noch nicht nutzbar. Sowohl der konkrete Zeitpunkt der Einführung der ICD-11 als auch die Zeit, die es benötigt, bis die ICD-11 zur Morbiditätscodierung verwendet werden kann, ist derzeit nicht absehbar. Die Evaluierung und Einführung der ICD-11 wird voraussichtlich noch mindestens fünf Jahre in Anspruch nehmen. Aktuell wird daher weiterhin die ICD-10-GM als verbindliche amtliche Klassifikation zur Codierung von Krankheiten in Deutschland genutzt.

Die Übermittlung von Mortalitätsdaten an die WHO kann bereits ICD-11-codiert erfolgen. Nach einer flexiblen Übergangszeit von mindestens fünf Jahren sollen die Mortalitätsdaten dann nur noch mittels ICD-11 erfasst werden. Der konkrete Zeitpunkt einer ICD-11-Einführung zur Mortalitätscodierung in Deutschland steht allerdings noch nicht fest.

Behandlungsergebnis

Für jede der aufgeführten Diagnosen muss das Ergebnis der Rehabilitation angegeben werden. Als Besserung im Sinne des Behandlungsergebnisses wird auch gewertet, wenn die Therapie optimiert werden konnte, die Krankheitsbewältigung verbessert oder kompensierende Fähigkeiten erarbeitet werden konnten, auch wenn die Grunderkrankung unbeeinflussbar bleibt.

	Behandlungsergebnis
	0 = 1 - 3 trifft nicht zu
1	= gebessert
2	= unverändert
3	= verschlechtert

Beispiel:

Bei einer 58-jährigen Verwaltungsangestellten mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2 konnte durch Wechsel des Medikamentes sowie durch die Anpassung der Dosierung an die Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, insbesondere an die körperlichen Aktivitäten, die Stoffwechselsituation optimiert werden. Die Patientin lernte, den Blutglukosespiegel und die Glukoseausscheidung selbst zu kontrollieren. Im Vergleich zur Situation vor der Rehabilitation wurden die möglichen Auswirkungen der Erkrankung positiv beeinflusst.

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM					Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2	E	1	1	9			G	1

3.5 Ursache der Erkrankung, Entlassungsform und Arbeitsunfähigkeitszeiten

Krankheitsursache

Die Ursache der Erkrankung soll bei jeder Reha-relevanten Krankheit oder Behinderung betrachtet werden. Hierbei ist es egal, auf welche der Diagnosen sich mögliche Krankheitsursachen beziehen; es geht lediglich um die zusätzliche Information, dass einer der Diagnosen eine spezifische Ursache zugrunde liegt.

<input type="checkbox"/>	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

Verschlüsselt wird die Entlassungsform bzw. die Art des Abschlusses der medizinischen Rehabilitation. Als regulär abgeschlossen gilt die medizinische Rehabilitation, wenn der Bewilligungsrahmen einschließlich der eventuell erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Bewilligungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Reha-Ziel früher erreicht werden konnte.

Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung werden Rehabilitanden aus medizinischen Gründen entlassen, wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Leistungen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich ist oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgversprechend ist.

Eine vorzeitige Entlassung mit ärztlichem Einverständnis erfolgt auf Wunsch der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden aus dringenden persönlichen Gründen.

Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bedeutet, dass die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand die Leistung eigenmächtig abgebrochen hat; dies gilt auch für die Abreise am Aufnahmetag.

Disziplinarisch werden Rehabilitanden entlassen, wenn ihr Verhalten einen ordnungsgemäßen Reha-Verlauf nachhaltig in Frage stellt oder wenn sie während der Rehabilitation berechnete Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigen.

Verlegt wird eine Rehabilitandin bzw. ein Rehabilitand in eine andere Reha-Einrichtung oder in ein Krankenhaus.

Der Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter oder stationärer Rehabilitation wird dokumentiert, wenn die Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht abgeschlossen ist, sondern in anderer Form fortgesetzt wird. Eine stationär begonnene Rehabilitation wird beispielsweise andernorts ganztägig ambulant fortgesetzt. Hier soll auch auf die anschließende Adaptionsphase im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung hingewiesen werden.

<input type="checkbox"/>	Entlassungsform
1	= regulär
2	= vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
3	= vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
4	= vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis
5	= disziplinarisch
6	= verlegt
7	= Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
9	= gestorben

Arbeitsfähigkeit

Es wird eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit sowohl bei Berufstätigen, als auch bei Arbeitslosen und Beziehern von Erwerbsminderungsrenten zum Zeitpunkt der Entlassung erwartet. Alle anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden unter der Personengruppe verschlüsselt, der sie zuzuordnen sind.

<input type="checkbox"/>	Arbeitsfähigkeit
0	= Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1	= arbeitsfähig
3	= arbeitsunfähig
4	= Kinder-Reha
9	= Beurteilung nicht erforderlich (z. B. Altersrentner, Angehöriger nicht berufstätig)

Der Schlüssel „0“ bleibt den seltenen Fällen vorbehalten, in denen die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand die Einrichtung so frühzeitig verlässt, dass nicht einmal eine Aufnahmeuntersuchung erfolgen konnte oder die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand während des Aufenthaltes verstorben ist. Bei Arbeitslosigkeit spielt die Tätigkeit, die die Versicherten zuvor ausgeübt haben, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dann keine Rolle, wenn eine Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingetreten ist. Ist das der Fall, sind Arbeitslose nur dann als arbeitsunfähig anzusehen, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, leichte Tätigkeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich der Bundesagentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Bezieher von Bürgergeld sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Wenn Arbeitslosigkeit während einer laufenden Arbeitsunfähigkeit eintritt, gilt als Bezug für die weitere Arbeitsunfähigkeit noch für ca. 6 Monate der alte Arbeitsplatz. Sind die Personen dann länger arbeitsunfähig oder in der Arbeitslosigkeit arbeitsunfähig geworden, gilt als Bezug der allgemeine Arbeitsmarkt, und zwar in dem zeitlichen Umfang, in dem die Versicherten sich arbeitssuchend gemeldet haben. Hat sich also eine Person für eine Tätigkeit von sechs Stunden und mehr arbeitssuchend gemeldet, ist sie nur dann arbeitsfähig, wenn sie auch diese Zeit arbeiten kann.

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Aufnahme

Summiert werden alle ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeitszeiten aus den vorangegangenen zwölf Monaten vor der Rehabilitation, unabhängig von der Art der Erkrankung. Diese Angabe ist auch bei Arbeitslosen erforderlich.

<input type="checkbox"/>	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

Verschlüsselt wird, ob bei Aufnahme in der Reha-Einrichtung der Rehabilitand bzw. die Rehabilitandin arbeitsunfähig war.

<input type="checkbox"/>	AU bei Aufnahme
1	= ja
2	= nein

3.6 Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung

Die häufigsten Empfehlungen für Weiterbehandlung, Nachsorge und ergänzende Leistungen sind im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht in Form von Ankreuzfeldern vorgegeben und können im Freitextfeld kurz erläutert werden. Hier sind auch weitere Vorschläge als Freitextangaben möglich. Im Einzelfall sollten im Freitext unter dem Gliederungspunkt 5 auf Blatt 2 weitere Hinweise erfolgen. Insbesondere zur weiteren Behandlung, Sicherung des Reha-Zieles und Stabilisierung der Reha-Ergebnisse werden Angaben zu nachgehenden Leistungen bzw. Aktivitäten erwartet (siehe Kapitel 6). Zu unterscheiden sind nach den jeweiligen Adressaten Empfehlungen für weiterbehandelnde Ärzte und Psychologen, Rentenversicherungsträger und Patienten.

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:					

Die Entscheidung über Empfehlungen an die Rentenversicherung kann nur aus dem Verlauf der medizinischen Rehabilitation heraus getroffen werden. Notwendige Voraussetzungen für eine nachsorgende Leistung durch die Rentenversicherung sind eine positive Erwerbsprognose und die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation. Arbeitsunfähigkeit oder ein Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind grundsätzlich keine Ausschlussgründe. Arbeitsunfähigkeit ist umgekehrt aber auch keine Voraussetzung für die Leistung.

Die zeitlich begrenzten Nachsorgeangebote der gesetzlichen Rentenversicherung stellen oft nur einen kleineren Abschnitt in einem längeren Veränderungsprozess dar. Sie sollen neben dem Fortführen einer begonnenen Therapie insbesondere einen verstärkten Anstoß in Richtung Eigenaktivitäten leisten und so die Initiative der Betroffenen zu weiteren Nachsorgeaktivitäten fördern. Der individuelle Nachsorgebedarf wird durch sozialmedizinische Kriterien definiert und in der Reha-Einrichtung festgestellt. Aus den folgenden Sachverhalten kann sich ein Nachsorgebedarf ableiten:

- Übungsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen
- Lebensstiländerung soll stabilisiert werden
- längerfristig modifikationsbedürftiger Stil der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- längerfristiger Bedarf an strukturierter Unterstützung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen
- Bedarf an stufenweiser Wiedereingliederung, wenn sich die bei Entlassung noch verminderte Belastbarkeit in absehbarer Zeit verbessern lässt
- Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Nachsorgeleistungen in Form spezieller Reha-Nachsorgeprogramme sind jeweils dem Einzelfall, der Indikation und den regionalen Bedingungen entsprechend im Auftrag des Rentenversicherungsträgers durch die Reha-Einrichtung festzulegen. Die Planung der Nachsorge ist eine Aufgabe, die mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemeinsam unter Berücksichtigung der individuellen Lebens- und Arbeitssituation erfolgen muss.

Eine gute Zusammenarbeit der Reha-Einrichtung mit den Nachsorgeeinrichtungen, die in Anspruch genommen werden, erleichtert die nahtlose Weiterführung der in der Rehabilitation begonnenen Aktivitäten.

Die Empfehlung zur Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) setzt in der Regel eine Leistungsbeurteilung von weniger als 6 Stunden für die letzte bzw. derzeit ausgeübte Tätigkeit und von 6 Stunden und mehr für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt voraus. Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen mit den Ergebnissen der Reha-Fachberatung abgestimmt werden.

3.7 Freigabe, Unterschriften, Datum

Freigabe, Unterschriften

Der Reha-Entlassungsbericht muss von der Leitenden Ärztin oder dem Leitenden Arzt bzw. der Chefärztin oder dem Chefarzt durch digitale Namenskennzeichnung links unten freigegeben werden. Da die Übermittlung des Berichts als Datensatz mittels Datenfernübertragung (DFÜ) erfolgt, werden keine händischen Unterschriften gesetzt; es erfolgt lediglich eine digitale Namenskennzeichnung. Der Versand von Papierausdrucken mit Unterschriften entfällt.

Datum

Eingetragen wird das Datum der Freigabe der elektronischen Datenübermittlung in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ).

Ausfertigungsdatum					
1	6	0	6	2	6

4. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (Blatt 1a)

Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ist wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und des Reha-Entlassungsberichtes. Die Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation, wie sie sich in der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens niederschlagen, werden in Blatt 1a in standardisierter Form und als erklärender Freitext zusammengefasst. Eine Dokumentation in Blatt 1a ist obligatorisch, wenn die Wiederherstellung oder Sicherung der Erwerbsfähigkeit in die Verantwortung der Deutschen Rentenversicherung fällt.

4.1 Leistungsvermögen im Erwerbsleben

Krankheiten und Behinderungen können körperliche, geistige und seelische Funktionen beeinträchtigen. Für die gesetzliche Rentenversicherung sind sozialmedizinisch vor allem die Auswirkungen relevant, die dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum, d.h. mehr als sechs Monate, die Versicherten bei der Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit behindern.

In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wird das Leistungsvermögen im Erwerbsleben von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Vollendung des 18. Lebensjahres bezüglich quantitativer und qualitativer Gesichtspunkte unterschieden.

Das qualitative Leistungsvermögen ergibt sich aus der Gesamtbetrachtung der noch vorhandenen Fähigkeiten und der bereits bestehenden Einschränkungen. Einerseits wird dabei das positive qualitative Leistungsvermögen ermittelt, also diejenigen Potentiale, welche die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand im Hinblick auf die zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation noch aufweist. Andererseits wird das negative qualitative Leistungsvermögen beschrieben, d.h. es werden diejenigen Fähigkeiten betrachtet, die krankheits- oder behinderungsbedingt – auch infolge verminderter psychischer Belastbarkeit – nicht mehr bestehen bzw. sich aufgrund der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung beeinträchtigen können.

Das quantitative Leistungsvermögen gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter den festgestellten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, d.h. für die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden zumutbar ist. Die Angabe erfolgt in drei möglichen Kategorien:

- arbeitstäglich 6 Stunden und mehr
- arbeitstäglich 3 bis unter 6 Stunden
- arbeitstäglich weniger als 3 Stunden

Die Angaben sind erforderlich für die letzte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (gemäß A auf Blatt 1a) sowie für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (gemäß B3 auf Blatt 1a).

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben muss wegen der sozialrechtlichen und persönlichen Konsequenzen für die Versicherten sorgfältig abgewogen werden. So kann beispielsweise die Einstufung des quantitativen Leistungsvermögens auf 3 bis unter 6 Stunden zunächst zu einer teilweisen Erwerbminderungsrente und im Falle der Arbeitslosigkeit bei gleichzeitig verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt zu einer vollen Erwerbsminderungsrente führen. Wenn die letzte berufliche Tätigkeit dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden kann, prüft der Rentenversicherungsträger gemäß § 10 SGB VI die Möglichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), soweit nicht bereits Erwerbsminderung im rentenrechtlichen Sinne besteht.

Abgrenzung Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen im Erwerbsleben

Erfahrungsgemäß entstehen bei der begrifflichen Abgrenzung von Leistungsvermögen im Erwerbsleben und Arbeitsfähigkeit vor allem dann Probleme, wenn arbeitsunfähige Versicherte sozialmedizinisch beurteilt werden. Arbeitsunfähigkeit ist nicht gleichzustellen mit anhaltender Einschränkung des allgemeinen bzw. beruflichen Leistungsvermögens. Arbeitsunfähigkeit ist immer befristet und steht als krankenversicherungsrechtlicher Terminus begrifflich in Beziehung zur ausgeübten Tätigkeit bzw. einer zumutbaren Beschäftigung. Im juristischen Sinn wird eine Arbeit als „zumutbare Tätigkeit“ bezeichnet, wenn diese unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, Kenntnisse und gesundheitlichen Verfassung, angemessen ausgeübt werden kann. Sie darf weder die Gesundheit noch die Sittlichkeit gefährden und muss den Fähigkeiten entsprechen. Sie ist keinesfalls identisch mit dem rentenrechtlichen Status der Erwerbsminderung.

4.2 Wer muss beurteilt werden?

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist grundsätzlich bei allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter (ab dem 18. Lebensjahr) erforderlich, auch wenn die Versicherten eine der folgenden Renten beziehen:

- Rente wegen voller Erwerbsminderung
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (BU)
- Rente wegen BU oder verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau
- große Witwen-/Witwerrente wegen BU bzw. Erwerbsminderung vor dem 45. Lebensjahr

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist nicht erforderlich bei:

- nichtversicherten Angehörigen (Ausnahme: nichtversicherte Jugendliche ab 14 Jahren)
- Altersrentenempfängern
- Empfängern von Hinterbliebenenrenten

Bei Jugendlichen ab 14 Jahren erfolgt auf Blatt 1a unter C eine sozialmedizinische Einschätzung des Leistungsvermögens. Angaben zum negativen Leistungsvermögen können sinnvoll sein. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte des Blatts 1a erläutert. Dabei wird zunächst das jeweilige Feld abgebildet und dann ausführlich beschrieben.

4.3 Abschnitt A: Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

In Abschnitt A des Blatts 1a wird das Leistungsvermögen für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden beurteilt.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	<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

Bezeichnung der Tätigkeit

In diesem Feld wird die Bezeichnung der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit angegeben, bei welcher sozialversicherungspflichtige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt wurden. Hierzu zählt jede zuletzt ausgeübte abhängige oder selbständige Erwerbstätigkeit, die der Versicherungspflicht unterliegt, die auf Dauer und zur Sicherung des Lebensunterhalts angelegt ist und nicht nur als vorübergehende Aushilfstätigkeit und auch nicht als geringfügige Beschäftigung anzusehen ist. Mit letzterer sind z.B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, auch als Ein-Euro-Job bezeichnet, oder Praktika gemeint. Auch die versicherungsfreie Pflege von Angehörigen ist dieser Kategorie zuzuordnen.

Versicherungspflichtige, geringfügig entlohnte Beschäftigungen wie 538-Euro-Minijobs sind als Bezugstätigkeit zu betrachten, wenn sie nicht nur vorübergehend ausgeübt werden. Sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten, bei denen keine Beiträge zur Rentenversicherung abgeführt wurden – z.B. sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten in Haft, bei denen lediglich Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt wurden – stellen keine Bezugstätigkeit dar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ist unabhängig vom erlernten Beruf. Dabei ist es belanglos, wie lange die auf

Dauer zur Sicherung des Lebensunterhalts angelegte Tätigkeit ausgeübt wurde. Im Fließtext sollte jedoch auf den beruflichen Werdegang eingegangen werden, so dass ggf. eine LTA-Leistung in Betracht gezogen werden kann.

Die zuletzt ausgeübte versicherungspflichtige oder freiwillig versicherte Tätigkeit wird auch angegeben, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung des Entlassungsberichtes keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, zum Beispiel bei Hausfrauen und -männern, Arbeitslosen, Empfängern von Bürgergeld, Erwerbsminderungsrenten oder BU/EU-Renten.

Im Falle, dass bisher keine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgeübt wurde, ist dieses ebenfalls anzugeben.

Es ist notwendig, eine tätigkeitsbezogene Berufsbezeichnung anzugeben, die Hinweise auf die Arbeitsbedingungen gibt. So kann zum Beispiel ein gelernter Maurer auf unterschiedlichen Arbeitsfeldern tätig sein:

- auf einer Großbaustelle
- als Betriebshandwerker mit Reparaturen kleineren Ausmaßes
- in einem Baumarkt als Kundenberater.

Allgemeine Berufsbezeichnungen müssen daher in der Anamnese um detaillierte Angaben zur konkreten Tätigkeit und zu Arbeitsplatzanforderungen ergänzt werden.

Das Feld „Beschäftigung besteht“ wird angekreuzt, wenn sich die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand zum Entlassungszeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis befindet.

Beurteilung des zeitlichen Umfangs der zuletzt ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit

Bei der Beurteilung des Leistungsvermögens in der letzten beruflichen Tätigkeit muss eine Auseinandersetzung mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes einschließlich besonderer Belastungen und des Leistungsvermögens der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden in Bezug zu diesen Anforderungen erfolgen.

Die Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann, bezieht sich ausschließlich auf diese Tätigkeit, nicht auf den konkreten Arbeitsplatz. Wenn der letzte Arbeitsplatz, z. B. aufgrund eines Arbeitsplatzkonfliktes nicht mehr zumutbar ist, muss dieser Sachverhalt im Freitext erläutert werden. Die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit kann in diesem Falle weiterhin unter Berücksichtigung des qualitativen Leistungsvermögens ausgeübt werden. Es ist nur ein Feld anzukreuzen.

Da stets der maximale zeitliche Rahmen angegeben werden muss, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann, werden teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer unabhängig vom aktuellen Tätigkeitsumfang in ihrem Leistungsvermögen bewertet. So kann zum Beispiel eine Sprachtherapeutin, die aus familiären Gründen halbtags arbeitet, durchaus als 6 Stunden und mehr einsatzfähig zu beurteilen sein (vgl. Kapitel 7, Fall 2). In einzelnen Fällen kann bei Abschluss der Rehabilitation das Leistungsvermögen noch aufgehoben sein. Ist bei medizinisch erwartungsgemäßem Verlauf damit zu rechnen, dass das Leistungsvermögen innerhalb von längstens sechs Monaten wiederhergestellt wird, so muss dieses Leistungsvermögen auf Blatt 1a unter Punkt A angekreuzt und in der sozialmedizinischen Epikrise unter Punkt C begründet werden.

Liegt z. B. bei Entlassung nach prinzipiell erfolgreicher Rehabilitation noch begründbare Arbeitsunfähigkeit vor und ist davon auszugehen, dass wieder Arbeitsfähigkeit eintritt, so ist die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand für die letzte berufliche Tätigkeit als voll leistungsfähig zu beurteilen. Dieser Sachverhalt gilt auch für interkurrente Erkrankungen oder Schädigungsereignisse. So verbleibt z. B. das berufliche Leistungsvermögen im rentenrechtlichen Sinne bei einer regulär heilenden Unterarmfraktur mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erhalten.

Beispiel:

Rehabilitandinnen, bei denen nach operativer und chemotherapeutischer Behandlung eines Mamma-Karzinoms unmittelbar nach der Rehabilitation noch kein volles Leistungsvermögen besteht, werden in vielen Fällen nach Abschluss der Rekonvaleszenz ihre berufliche Tätigkeit wieder ausüben können. Hier ist das individuell zu erwartende Leistungsvermögen auf Blatt 1a darzustellen und zu erläutern.

Arbeitsunfähigkeit bei Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist im rentenrechtlichen Sinn nicht gleichbedeutend mit einer Einschränkung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Letztere liegt nur dann vor, wenn die Minderung des Leistungsvermögens so gravierend ist und so lange andauert, dass eine Erwerbsminderung anzunehmen ist, also die Dezimierung des Leistungsvermögens mindestens 26 Wochen andauert.

4.4 Abschnitt B: Positives und negatives Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

In Abschnitt B des Blatts 1a werden das positive und das negative Leistungsvermögen der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dargestellt. Der allgemeine Arbeitsmarkt umfasst jede nur denkbare Erwerbstätigkeit außerhalb einer beschützenden Einrichtung, für die auf dem Arbeitsmarkt Angebot und Nachfrage bestehen. Allerdings sind nur solche Tätigkeiten in Betracht zu ziehen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind.

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"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<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	
				<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht	

Das positive Leistungsvermögen (B1) bezieht sich nicht auf das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern beschreibt ganz allgemein die der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale der körperlichen Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Zunächst wird die körperliche Arbeitsschwere, orientiert an der REFA-Klassifizierung (REFA steht für „Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung“; heutige Bezeichnung: „Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V.“), angegeben, die für den längsten Zeitraum zumutbar ist. Die REFA-Klassifizierung ist für erwachsene Personen gültig und kann nicht auf Minderjährige angewendet werden. Das gilt auch für diejenigen Minderjährigen, die sich bereits in einer Ausbildung befinden

Die körperliche Arbeitsschwere beschreibt bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ausschließlich die körperliche Belastung bei der Ausübung einer Tätigkeit. Die Arbeitsschwere wird unter anderem definiert durch Kraftaufwand, Dauer und Häufigkeit der geforderten Verrichtungen. Unterschieden werden leichte, leichte bis mittelschwere, mittelschwere und schwere Arbeit. Belastende Körperhaltungen, wie z. B. Zwangshaltungen oder Haltearbeit, erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

Arbeitsschwere nach REFA

- Leichte Arbeit entspricht Tätigkeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge, Tragen von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen sowie lange andauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen. Es können bis zu 5 % der Arbeitszeit oder zweimal pro Stunde mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein.
- Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.
- Mittelschwere Arbeit entspricht Tätigkeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkgehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen mittelschwerer Lasten in der Ebene von 10 bis 15 kg oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern. Auch leichte Arbeiten mit zusätzlicher

Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades sowie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen werden als mittelschwere Arbeit eingestuft. Es können bis zu 5 % der Arbeitszeit oder zweimal pro Stunde schwere Arbeitsanteile enthalten sein.

- Schwere Arbeit entspricht Tätigkeiten wie Tragen von bis zu 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen über 3 kg Gewicht, auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben und Hacken. Auch mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, zum Beispiel in gebückter, kniender oder liegender Stellung werden als schwere Arbeit eingestuft.

Beispiel: Wird angegeben, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit, also das Handhaben leichter bzw. 1-3 kg schwergehender Steuergeräte und Tragen von weniger als 10 kg bzw. 10-15 kg, für 3 bis unter 6 Stunden ausführbar ist, so dürfte in aller Regel gelten, dass leichte körperliche Arbeit für 6 Stunden und mehr zumutbar ist. Nur diese letzte Angabe ist dann korrekt.

Die Beurteilung der Arbeitsschwere bezieht sich ausschließlich auf das tatsächlich vorliegende Leistungsvermögen. Geschlecht, Alter oder andere Eigenschaften sind nicht grundsätzlich mit einer Einschränkung der Arbeitsschwere assoziiert und müssen individuell beurteilt werden. Angekreuzt werden Bereiche, denen nachhaltige, im Arbeitsprozess relevante funktionelle Beeinträchtigungen zuzuordnen sind. Dabei schließen leichte Arbeiten, d. h. Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge sowie Tragen von weniger als 10 kg, bestimmte Tätigkeiten und/oder Beanspruchungen aus. Diese sind daher nicht zusätzlich anzuführen. Beispielsweise ist das mehr als nur gelegentliche, d. h. bis zu 5 % der Arbeitszeit oder zweimal pro Stunde, Heben und Tragen mittelschwerer Lasten von 10-15 kg in der Kategorie „leichte Arbeit“ bereits ausgeschlossen. Ist aber auch das gelegentliche Heben und Tragen mittelschwerer Lasten nicht zumutbar, muss bei der Beschreibung des negativen Leistungsvermögens im Freitext gesondert darauf hingewiesen werden. Zwangshaltungen oder auch Hitzearbeiten sind bei nur noch leichter körperlicher Arbeit definitionsgemäß ausgeschlossen.

Es folgen drei Angaben auf Ankreuzfeldern zur Arbeitshaltung im Stehen, Gehen oder Sitzen. Dabei sind die Auswahlmöglichkeiten „ständig“ (mehr als 90 % der Arbeitszeit), „überwiegend“ (51 % bis 90 % der Arbeitszeit) und „zeitweise“ (bis zu 10 % der Arbeitszeit) zu unterscheiden. Der angegebene Zeitrahmen muss durch diese Beschreibung der Arbeitshaltung ausgeschöpft sein.

Es handelt sich bei diesen Angaben jeweils um den maximal möglichen Zeitrahmen, den eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt werden kann. Es können somit grundsätzlich mehrere Arbeitshaltungen „ständig“ (mehr als 90 % der Arbeitszeit) oder „überwiegend“ (51 % bis 90 % der Arbeitszeit) durchgeführt werden.

Bei einer zeitlichen Limitierung einer bestimmten Arbeitshaltung, z. B. „im Stehen“, mit „zeitweise“ (bis zu 10 % der Arbeitszeit) ist darauf zu achten, dass insgesamt über die zeitlichen Angaben der beiden übrigen Arbeitshaltungen „im Gehen“ und „im Sitzen“ mindestens 100 % Arbeitszeit erreicht werden. Eine dreimalige Arbeitszeitangabe von „zeitweise“ (bis zu 10 % der Arbeitszeit) ist also nicht möglich.

Eine einmalige Angabe, z. B. „ständig“ (mehr als 90 % der Arbeitszeit) „im Sitzen“, ist hingegen angebar; z. B. bei Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind.

Wird das Feld Rollstuhlpflicht angekreuzt, erfolgt die Beurteilung zur Arbeitshaltung soweit dies möglich ist. Besteht Rollstuhlpflicht, wird die Arbeitshaltung im Sitzen mit „ständig“ angekreuzt. Sollte Stehen in geringem Maße noch möglich sein, muss dies als „zeitweise“ angegeben werden. Bei bestehender Rollstuhlpflicht ist nicht davon auszugehen, dass Gehen auch nur zeitweise möglich ist. Dieses Kreuz kann entfallen.

Hinweis:

Für eine angegebene Arbeitszeit von 6 Stunden und mehr muss mindestens eine Arbeitshaltung mit „ständig“ oder „überwiegend“ eingeschätzt werden. Dies liegt daran, dass die dreifache Angabe „zeitweise“ lediglich einen Zeitrahmen von 30 % abdecken würde.

Die letzten Angaben zum positiven Leistungsvermögen definieren die Arbeitsorganisation in Tageschicht, Früh-/Spätschicht und Nachtschicht.

Das Beschreiben des positiven und negativen Leistungsvermögens entfällt, wenn ein quantitatives Leistungsvermögen von unter 3 Stunden für die letzte und für sonstige Tätigkeiten festgestellt wird.

Definitionen zur körperlichen Arbeitsschwere, Arbeitshaltung, Arbeitsorganisation wie auch zu Zeit- und Frequenzvorgaben finden sich im sozialmedizinischen Glossar im Internet (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/someko_abschlussberichte_glossar/druckfassung_glossar_pdf.html). Sie sind weitgehend abgestimmt mit häufig verwendeten Auslegungen der Arbeitsmedizin und Arbeitsverwaltung und berücksichtigen in besonderem Maße bei der körperlichen Arbeitsschwere Obergrenzen der Belastbarkeit.

Bei der Trennung von positivem und negativem Leistungsvermögen muss bedacht werden, dass streng genommen auch die positiven Merkmale nicht frei von eingrenzenden Bewertungselementen sind. Die juristische Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit orientiert sich maßgeblich an Grundnormen der Einsatzfähigkeit im Minimum leichter Tätigkeiten von 6 Stunden und mehr mit der Tätigkeitsschwere entsprechenden qualitativen Leistungseinschränkungen bei erhaltener Bewegungsfähigkeit, d.h. der Gehfähigkeit, bzw. der Möglichkeit zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines Kraftfahrzeugs. Im juristischen Kontext wird dieses Vermögen als „Wegefähigkeit“ bezeichnet und ist dadurch definiert, dass eine Person viermal täglich eine Wegstrecke von mindestens 500 Metern in höchstens 20 Minuten zurücklegen kann und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten benutzen kann.

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	

Das negative Leistungsvermögen (B2) beschreibt relevante funktionelle Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden. Die Beschreibung ist dann erforderlich, wenn sozialmedizinisch bedeutsame qualitative Einsatzbeschränkungen bestehen. Hierfür stehen folgende Kategorien zur Verfügung:

- psychomenteale Funktionen im Hinblick auf die geistig/psychische Belastbarkeit, insbesondere Konzentrationsvermögen, Reaktionsvermögen, Umstellungsvermögen, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung und Steuerung komplexerer Arbeitsvorgänge
- Sinnesfunktionen, insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen
- bewegungsbezogene Funktionen im Hinblick auf die Mobilität, insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standsicherheit, Zwangshaltungen
- kardio-pulmonale Funktionen, insbesondere Ausdauerleistungen, kardiale Belastbarkeit, Treppensteigen
- sonstige Einschränkungen

Ferner sind Gefährdungs- und Belastungsfaktoren, insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen, Allergene, Lärm, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr sowie häufig wechselnde Arbeitszeiten zu berücksichtigen.

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

Beim zeitlichen Umfang, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann (B3), handelt es sich um ein sozialrechtlich zentrales Kriterium. Wie schon bei der Beurteilung des zeitlichen Umfangs der letzten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung muss auch hier der maximale zeitliche Umfang im vorgegebenen dreistufigen Schema angegeben werden. Eine derzeit ausgeübte Tätigkeit in einem zeitlich geringeren Umfang ist nicht relevant. Es darf nur ein Feld angekreuzt werden.

4.5 Abschnitt C: Sozialmedizinische Epikrise

Neben den formalisierten Angaben zum Leistungsvermögen in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist im Abschnitt C des Blatts 1a für alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eine epikritische, erwerbsbezogene freitextliche sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens erforderlich. In der sozialmedizinischen Epikrise sollten alle relevanten Aspekte des Gesundheitsstatus (somatisch, funktional, psychisch, sozial, edukativ) berücksichtigt werden. Obligatorisch muss in der sozialmedizinischen Epikrise die Entlassungsmedikation Erwähnung finden, insbesondere wenn während der Rehabilitation eine Änderung der Medikation vorgenommen wurde. Gegebenenfalls kann hierbei auf einen beigefügten Medikationsplan (BMP, Bundesmedikationsplan) verwiesen werden (vgl. 6.4.3). Es muss ein nachvollziehbares Bild des Leistungsvermögens in kompakter Form hergeleitet werden, das sowohl auf den anamnestisch erhobenen Informationen, den relevanten Vorbefunden, als auch den während der Rehabilitation erhobenen Befund- und Verlaufsinformationen im Längs- und im Querschnitt beruht.

Für die Beurteilung des Leistungsvermögens sollten darüber hinaus die Leitlinien der DRV-Bund beachtet werden, welche online abrufbar sind: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html>.

Unter Berücksichtigung der in der Anamnese dokumentierten Daten muss für den Bezugsberuf die qualitative und quantitative Einsatzfähigkeit vor dem Hintergrund eines Abgleichs des Fähigkeitsprofils mit dem Anforderungsprofil der letzten Tätigkeit erkennbar sein. Hinsichtlich der Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss eine qualitative Einschränkung des Leistungsvermögens als Folge des zugrunde liegenden Krankheitsbildes deutlich werden. In die Bewertung des qualitativen Leistungsvermögens können auch Einschränkungen aus anderen Fachgebieten einfließen. Dabei müssen jedoch nur hinreichend begründete Leistungseinschränkungen berücksichtigt werden, die sich anhand fachärztlicher Beurteilung des anderen Fachgebiets belegen lassen.

Das quantitative Leistungsvermögen muss sich aus einer zusammenfassenden Einschätzung der bestehenden qualitativen Einschränkungen ergeben. Die Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens muss für das eigene Fachgebiet der zu beurteilenden Person erfolgen. Hinweise auf Leistungseinschränkungen in anderen Indikationsgebieten werden in der Epikrise unter Bezug auf entsprechende Befunde und/oder Verhaltensbeobachtungen beschrieben. Über Art und Umfang ggf. weiterer Sachaufklärung entscheidet dann der zuständige Rentenversicherungsträger. Deshalb sollte in der Epikrise grundsätzlich von konkreten Empfehlungen abgesehen werden, wie z. B. Fachgutachten oder bestimmten Teilhabeleistungen.

Eine Bewertung bzw. Einordnung von vorliegenden Ko-Morbiditäten anderer Fachgebiete muss durch konsiliarische Untersuchung mit sozialmedizinischer Beurteilung des Leistungsvermögens erfolgen. Wenn dies nachvollziehbar mit Angabe der Qualifikation des Untersuchers im Entlassungsbericht dokumentiert wird, kann es in die abschließende Beurteilung des Leistungsvermögens einbezogen werden.

Pathologische Befunde, die während des Reha-Aufenthaltes erhoben wurden, sollten kritisch bewertet und in die Gesamtbetrachtung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden mit einbezogen werden.

Besteht der Verdacht, dass eine quantitative Einschränkung des Leistungsvermögens vorrangig in Bezug auf die rehabilitierende Fachabteilung fachfremd bedingt ist, sollte kritisch überprüft werden, ob die begonnene Rehabilitation tatsächlich fortgeführt und nicht besser eine indikationsgerechte Umstellung beim Kostenträger angeregt werden sollte.

Die in standardisierter Form niedergelegte Beschreibung des Leistungsvermögens muss hier nachvollziehbar begründet werden. Es ist der maximale zeitliche Rahmen anzugeben, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann, unabhängig von einer möglichen Teilzeittätigkeit.

Bei quantitativer Einschränkung sollte der Zeitpunkt des Beginns benannt werden. Eine Aussage zur Selbsteinschätzung der Betroffenen hinsichtlich ihres beruflichen Leistungsvermögens wird erwartet. Eventuelle Diskrepanzen zur sozialmedizinischen Einschätzung müssen diskutiert werden.

Es darf keine qualitative Einschränkung angegeben werden, ohne dass deutlich wird, auf welche konkrete krankheits- oder behinderungsbedingte Funktionsbeeinträchtigung sie sich bezieht.

Ist durch eine zeitnah bevorstehende medizinische Intervention, d.h. innerhalb von längstens sechs Monaten, eine Verbesserung des Leistungsvermögens zu erwarten, so muss eine Darstellung des zu erwartenden Leistungsvermögens erkennbar sein.

Die bloße Feststellung, die Versicherte oder der Versicherte habe ein vollständig aufgehobenes Leistungsvermögen, ist unzureichend. Auch dürfen in der Epikrise keine unmittelbaren Empfehlungen zur Berentung ausgesprochen werden. Darüber entscheidet der Rentenversicherungsträger auf der Grundlage des angegebenen qualitativen und quantitativen Leistungsvermögens; ggf. unter Beachtung weiterer rechtsrelevanter Fakten, wie versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Berufsschutz, Verweisbarkeit, Selbständigkeit, erhaltener Arbeitsplatz, Verdienstlage und Ähnliches. Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) müssen mit den Ergebnissen der Reha-Fachberatung abgestimmt werden. Ergänzend sollte auf Sonderbedingungen hingewiesen werden, z. B. die behinderungsbedingte Bindung an den gegenwärtigen Arbeitsplatz oder die Notwendigkeit, einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz einzurichten.

Da bei Jugendlichen ab 14 Jahren der Eintritt ins Berufsleben in absehbarer Zeit zu erwarten ist, ist hinsichtlich der weiteren Berufsberatung und -wahl eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung des positiven und negativen Leistungsvermögens wichtig. Diese ist auf Blatt 1a zu dokumentieren. Die sozialmedizinische Epikrise wird hier unter der Berücksichtigung alltagsrelevanter Kontextfaktoren und eventueller Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe u.a. bezüglich Schule oder Ausbildung formuliert. Es sollten hier Hinweise enthalten sein, in welchem Umfang und in welcher Richtung eine Beratung zur Berufswahl erfolgt ist. Auch sollte zu Schul-, Ausbildungs- und Gruppenfähigkeit Stellung genommen werden. Dies wird auch bei jüngeren Kindern beziehungsweise Jugendlichen erwartet.

4.6 Umgang mit Diskrepanzen in der sozialmedizinischen Einschätzung des Leistungsvermögens

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht gibt die Auffassung der den Entlassungsbrief verfassenden Ärztin bzw. Arztes wieder. Sollte die betroffene Rehabilitandin bzw. der betroffene Rehabilitand das eigene Leistungsvermögen anders einschätzen, so muss dies dokumentiert werden. Wichtig ist dies insbesondere dann, wenn nach sozialmedizinischer Einschätzung ein Leistungsvermögen von unter 3 Stunden gegeben ist, während rehabilitandenseitig die Überzeugung besteht, weiterhin erwerbstätig sein zu können. In dieser Fallkonstellation orientiert sich der weitere Verlauf daran, ob die Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden später einen entsprechenden Leistungsantrag stellen und die Beurteilung des Leistungsvermögens vom Sozialmedizinischen Dienst übernommen wird.

Checkliste zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und Epikrise

Nach Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sollte kontrolliert werden, ob die folgenden Punkte im Entlassungsbericht adäquat abgebildet wurden:

- Positives qualitatives Leistungsvermögen: der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des qualitativen Leistungsvermögens und den Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen bzw. der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe ist klar und deutlich formuliert.
- Negatives quantitatives Leistungsvermögen: der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens und den Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen bzw. der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe ist klar und deutlich formuliert.
- Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit: Das Leistungsvermögen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden wird mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit klar und deutlich in Beziehung gesetzt.
- Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu ihrem/seinem Leistungsvermögen.
- Die Auswirkungen der Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren sind differenziert dargestellt.
- Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung.

5. Dokumentation therapeutischer Leistungen (Blatt 1b)

In den Reha-Entlassungsberichten werden alle durchgeführten therapeutischen Leistungen während des Aufenthalts anhand der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ codiert. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Verwendung eines KTL-Codes im Reha-Entlassungsbericht an definierte Qualitätsmerkmale der Einzelleistungen – z. B. Berufsgruppe, Gruppengröße, Frequenz etc. – und die tatsächliche Erbringung der Therapie gebunden ist. Nur unter dieser Voraussetzung kann von der Routine-Dokumentation im Reha-Entlassungsbericht auf die Prozessqualität geschlossen werden.

5.1 Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Die KTL ist für die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ein bewährtes Instrument zur Dokumentation der therapeutischen Leistungen in den Reha-Entlassungsberichten. Sie enthält definierte Leistungseinheiten, die über einen zugeordneten Code zu dokumentieren sind.

Die Angaben in der KTL zu den Qualitätsmerkmalen sind als verbindlicher Rahmen zu verstehen. Die vorgegebene Dauer ist ebenso wie die Frequenz der Behandlung als Mindestanforderung definiert, während sich die Gruppengröße auf die maximal zulässige Anzahl an Rehabilitanden bezieht. Ein Abweichen muss nachvollziehbar begründet werden können.

Die Dauer versteht sich grundsätzlich als Behandlungszeit im Sinne der Rehabilitanden-Therapeuten-Bindung. Zusätzlich kann die Interaktion auch mittels digitaler Medien erfolgen, gegebenenfalls auch zeitversetzt. Geringfügige, möglicherweise individuell erforderliche Vor- und Nachbereitungszeiten sind integrierbar in die angegebene verbindliche Mindestbehandlungsdauer. Umfangreichere Vor- und Nachbereitungszeiten sowie ergänzende Dokumentationsleistungen sind nicht Bestandteil der Behandlungsdauer. Angaben zu Indikation und Therapieziel haben nicht zwingend einen Ausschlusscharakter. Sie sind gegebenenfalls den konzeptionellen und individuellen Gegebenheiten vor Ort anzupassen.

5.2 Nutzung der KTL-Daten

Die routinemäßig aus den Reha-Entlassungsberichten erhobenen und statistisch ausgewerteten KTL-Daten werden als wesentlicher Beitrag zur Reha-Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und die Einrichtungsbetreuung der Rentenversicherungsträger rückgemeldet. Durch die Rückmeldung der individuellen KTL-Daten erhält jede Reha-Einrichtung die Möglichkeit, anhand der erkennbaren Leistungsprofile ihre therapeutische Praxis zu überprüfen, Dokumentationsmängel zu erkennen und Verbesserungen der rehabilitativen Versorgung von Rehabilitanden vorzunehmen.

Neben der Nutzung der KTL-Daten zur Untersuchung der Praxis der rehabilitativen Versorgung im Hinblick auf mögliche Behandlungsdefizite und Einhaltung von therapeutischen Mindestanforderungen werden leitlinienorientierte Auswertungen der KTL-Daten vorgenommen. Reha-Therapiestandards stellen praxisbezogene Handlungsempfehlungen für die Durchführung der Rehabilitation bei speziellen Gesundheitsproblemen dar, welche auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand basieren. Hierfür werden die wissenschaftlich fundierten Inhalte einer idealtypischen Rehabilitation als sogenannte evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) zusammengestellt.

Damit stehen indikationsspezifische Bewertungskriterien für die therapeutische Versorgung zur Verfügung. Über die Einhaltung von Therapievorgaben in der medizinischen Rehabilitation wird geprüft, ob die bestehende therapeutische Versorgung evidenzbasierten Qualitätsstandards genügt.

5.3 Dokumentationshinweise

Dokumentiert werden die Leistungen, Dauer und Anzahl aller therapeutischen Leistungen, die im Verlauf der Rehabilitation tatsächlich durchgeführt wurden, sowie die Gruppengröße und die Art der Leistungserbringung (Präsenz, Digital, Eigentraining mit Monitoring etc.). Dazu gehören auch Schulungen, Seminare, Vorträge und Leistungen der Reha-Pflege. Die verordneten Leistungen sind hier nicht aufzuführen. Erforderlich ist mindestens eine Eintragung. Diese darf nur ausnahmsweise entfallen, wenn der Aufenthalt in der Reha-Einrichtung weniger als drei Tage betrug. Erfordert die Leistungsdokumentation mehr als ein Erfassungsblatt, müssen diese fortlaufend nummeriert werden (Blatt 1b.1, Blatt 1b.2 etc.). Mehr als fünf Seiten (à 20 Zeilen pro Seite) sind nicht vorgesehen.

Für die Dokumentation der erbrachten therapeutischen Leistungen müssen ausschließlich die vierstelligen KTL-Dokumentationscodes verwendet werden. Neben dem vierstelligen Code muss zusätzlich jeweils die tatsächliche Dauer der erbrachten Leistung mit einem Groß- oder Kleinbuchstaben dokumentiert werden (s.u.), die Anzahl in Ziffern, die Gruppengröße in Großbuchstaben sowie die Art der Leistungserbringung in Ziffern (s.u.).

KTL-Dokumentationsbeispiel:

Während einer Rehabilitation werden drei Leistungseinheiten eines Ausdauertrainings mit Belastungsmonitoring à 45 Minuten mit 9 weiteren Personen in Präsenz erbracht.

Ausdauertraining mit Belastungsmonitoring	KTL-Code	Dauer	Anzahl	G	L
	A 0 1 1	I	0 3	C	1

Codierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten							
A	5 Min.	N	70 Min.	a	140 Min.	n	270 Min.
B	10 Min.	O	75 Min.	b	150 Min.	o	280 Min.
C	15 Min.	P	80 Min.	c	160 Min.	p	290 Min.
D	20 Min.	Q	85 Min.	d	170 Min.	q	300 Min.
E	25 Min.	R	90 Min.	e	180 Min.	r	310 Min.
F	30 Min.	S	95 Min.	f	190 Min.	s	320 Min.
G	35 Min.	T	100 Min.	g	200 Min.	t	330 Min.
H	40 Min.	U	105 Min.	h	210 Min.	u	340 Min.
I	45 Min.	V	110 Min.	i	220 Min.	v	350 Min.
J	50 Min.	W	115 Min.	j	230 Min.	w	≥ 360 Min.
K	55 Min.	X	120 Min.	k	240 Min.	x	Keine Angabe möglich
L	60 Min.	Y	125 Min.	l	250 Min.		
M	65 Min.	Z	130 Min.	m	260 Min.		

Codierung der Gruppengrößen der therapeutischen Leistungen	
A	= Einzeln
B	= Kleingruppe (2–8 Personen)
C	= Mittelfgroße Gruppe (9–12 Personen)
D	= Große Gruppe (13–18 Personen)
E	= Unbegrenzt (>18 Personen)

Codierung der Leistungsart der therapeutischen Leistungen	
1	= Präsenz
2	= Digital
3	= Begleitperson Präsenz
4	= Begleitperson Digital
5	= Eigentraining mit Monitoring
6	= Eigentraining Begleitperson mit Monitoring

Zur Dokumentation therapeutischer Leistungen im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht ist die KTL verbindlich für alle Rentenversicherungsträger. Die Leistungserfassung ist Bestandteil der Reha-Statistik-Datenbasis als Ausgangspunkt für Analysen unter anderem im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung (siehe Kapitel 2). Damit wird die Möglichkeit geschaffen, das Leistungsspektrum in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung sowohl in den Routinestatistiken darzustellen als auch für die Nutzung in weitergehenden Analysen, z. B. bei der Diskussion über evidenzbasierte Therapieanforderungen.

Weitere ausführliche Informationen zu Aufbau und Struktur der aktuellen KTL, Erläuterungen der Qualitätsmerkmale, Dokumentationshinweise und Codierungsbeispiele sind online auf der Seite https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ktl_therapeutische_versorgung.html einzusehen.

6. Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichts („Freitext“)

Auf Blatt 2 beginnt der nicht-standardisierte Textteil des Reha-Entlassungsberichtes, in welchem Anamnese, Diagnostik, Befunde, Reha-Ziele und deren Umsetzung im Verlauf der Rehabilitation sowie Überlegungen zu weitergehenden rehabilitativen Angeboten in einem nachvollziehbaren Zusammenhang schriftlich fixiert werden. Die dargestellten Inhalte begründen die Vorschläge für nachfolgende Leistungen und besonders die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben.

Für den nicht-standardisierten Teil des ärztlichen Entlassungsberichtes haben sich die Rentenversicherungsträger auf eine einheitliche Gliederung verständigt. Sie umfasst folgende fünf Punkte mit Unterpunkten:

1. Anamnese

- Jetzige Beschwerden
- Bisheriger Verlauf der Reha-relevanten Beeinträchtigungen
- Weitere Reha-relevante Erkrankungen/ Operationen/Unfälle
- Dokumentation der Aufnahmemedikation
- Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)
- Vegetative Anamnese
- Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin / des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung (insb. bei psychischen Störungen)

2. Sozialmedizinische Anamnese

- Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
- Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
- Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

3. Aufnahmebefund und Diagnostik während der Rehabilitation

- Allgemeiner körperlicher Befund
- Allgemeiner psychischer Befund
- Fachspezifischer Befund
- Aufnahmemedikation
- Diagnostik

4. Reha-Prozess und -Ergebnis

- Individuelle Reha-Ziele
- Besonderheiten des Reha-Verlaufs
- Entlassungsmedikation
- Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

Diese Gliederung ist für alle Indikationen verbindlich.

Indikationsspezifische Modifikationen sind mit dieser Gliederung vereinbar. Zu jedem der fünf Gliederungspunkte sind die inhaltlich relevanten Themenkreise formuliert. Es wird nicht erwartet, dass in jedem Reha-Entlassungsbericht alle Unterpunkte der genannten fünf Gliederungspunkte schematisch abgehandelt werden. Ein guter Reha-Entlassungsbericht orientiert sich vielmehr am konkreten Einzelfall und gibt nur diejenigen Fakten wieder, die von klinischer und sozialmedizinischer Bedeutung sind. Er sollte unter Einhaltung der Gliederung so kurz wie möglich gehalten werden.

Diese Gliederung ist auch bei der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation verbindlich. Der Freitext sollte dabei unter Einbezug der sorgeberechtigten Personen erstellt werden. Bei der Indikation Kinder- und Jugendmedizin gehört zur Anamnese z. B. auch die Erhebung der frühkindlichen und nachfolgenden kognitiven und stato-motorischen Entwicklung, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie die Erhebung des Impfstatus. Bei der sozialmedizinischen Anamnese sollte die Familienanamnese u.a. Angaben zu Eltern und Geschwistern sowie deren evtl. Vorerkrankungen und zur allgemeinen Wohn- und Familiensituation enthalten. Darüber hinaus ist es wichtig zu erfragen, seit wann und in welcher Form eine bzw. die Partizipation im Kindergarten, in der Schule bzw. Ausbildung mit ggf. Angaben zu Fehlzeiten erfolgt. Sobald Einschränkungen der subjektiven Teilhabe ab einem gewissen Alter geäußert werden können, sollten diese auch entsprechend dokumentiert werden.

Die Vorgaben zur inhaltlichen Gestaltung des einheitlichen Reha-Entlassungsberichtes sowie die Checkliste und das Manual des Peer Review-Verfahrens sind in ihren Anforderungen identisch. Die individuelle Falldarstellung steht bei beiden Instrumenten im Vordergrund. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung haben beide Instrumente jedoch unterschiedliche Bedeutungen. Während der Leitfaden zum Reha-Entlassungsbericht formale und inhaltliche Anforderungen zur Dokumentation und Gestaltung des Reha-Entlassungsberichtes festlegt, sind die Checkliste und das Manual im Peer Review Arbeitsinstrumente zur Bewertung von Prozessmerkmalen und liefern eine Orientierungshilfe für die Bewertung des Reha-Prozesses. Ein stereotyper und unkritischer Rückgriff auf Merkmale der Checkliste bzw. auf Unterpunkte der Gliederung des Leitfadens kann zu Überlänge, fehlender Individualität und der Aufzählung nicht relevanter Details führen. Sowohl die Nutzbarkeit eines Reha-Entlassungsberichtes als auch das Bewertungsergebnis im Peer Review werden hierdurch beeinträchtigt.

Die zu erwarteten Inhalte der Gliederungspunkte werden im Folgenden ausführlich erläutert.

6.1 Anamnese

Dieser erste Gliederungspunkt dient der Darstellung der klinischen Anamnese. Diese muss so vollständig sein, wie es für das Gesamtverständnis des Einzelfalles erforderlich ist. Es müssen über die Unterpunkte hinweg, indikationsübergreifend und fachspezifisch persönliche Angaben der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden und ggf. auch Angaben Dritter deutlich werden, die eine klinische und sozialmedizinische Bedeutung für die Reha-relevanten Beeinträchtigungen haben. Ein Verweis auf Vorgutachten oder sonstige der Reha-Einrichtung vorliegende medizinische Unterlagen ist nur dann sinnvoll, wenn diese in zusammengefasster Form inhaltlich zitiert werden. Es muss berücksichtigt werden, dass die unterschiedlichen Adressaten des Reha-Entlassungsberichtes häufig keinen Zugriff auf diese Informationen haben.

6.1.1 Aufnahmemedikation

Zur Übersichtlichkeit der praktischen Nutzung des Reha-Entlassungsberichts, soll die Aufnahmemedikation am Anfang des ausführlichen Freitextes notiert werden. Die bei der Aufnahme des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin in die Reha-Einrichtung vorliegende Medikation muss dabei vollständig dokumentiert werden. Im Falle, dass bisher keine Medikation erfolgt, ist dies ebenfalls zu vermerken.

6.1.2 Jetzige Beschwerden

Dieser Unterpunkt bezieht sich auf Symptome, gesundheitliche Probleme sowie körperliche und psychische Befindlichkeitsstörungen, die zur Rehabilitation geführt haben. An dieser Stelle wird die subjektive Schilderung von gegenwärtigen Beschwerden im Hinblick auf Art der Beschwerden, Lokalisation, Intensität, Dauer, Frequenz, Reproduzierbarkeit, und Belastungsabhängigkeit erwartet. Die zu Beginn der Behandlung bestehenden Beschwerden und funktionellen Einschränkungen sind der Bezugspunkt für die Beurteilung des subjektiven Behandlungserfolges am Ende der Rehabilitation.

6.1.3 Bisheriger Verlauf der Reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

Dieser Unterpunkt thematisiert den Verlauf der Beeinträchtigungen, d.h. Schwierigkeiten in Bezug auf die Funktionsfähigkeit. Die subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe erfolgt unter Unterpunkt 2.3.

Relevante Fragen, die i.d.R. beantwortet werden sollten:

- Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?
- Gab es akute Ereignisse, die zu den Beeinträchtigungen geführt haben?
- Welche Diagnostik wurde durchgeführt?
- Welche Behandlungen sind erfolgt?
- Was hat geholfen, was nicht?

Bei anhaltenden schmerzhaften Beschwerden sollte eine Schmerzanamnese erfolgen mit Angaben zu Art, Lokalisation, Häufigkeit, Beginn, Dauer und Auslöser, ggf. auf der Grundlage eines Schmerztagebuchs.

Bei einer onkologischen Rehabilitation sind der histologische Befund, der Malignitätsgrad, der Rezeptorstatus, die Stadieneinteilung und die Tumorausbreitung nach der TNM-Klassifikation unverzichtbar.

6.1.4 Weitere Reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

In diesem Unterpunkt geht es um weitere gesundheitliche Probleme, die orientierend beschrieben werden sollen. Genannt werden wesentliche Reha-relevante Erkrankungen einschließlich anerkannter Berufskrankheiten, Operationen und Unfälle einschließlich Arbeitsunfälle mit knappem Verlauf. Hierzu gehören ebenfalls Diagnostik mit Bedeutung für den Reha-Prozess, Reha-relevante frühere Krankenhausaufenthalte und Therapien sowie frühere Rehabilitationen einschließlich ihrer Wirksamkeit. Erwartet werden auch Angaben zu Reha-relevanten medizinischen Risikofaktoren, wie z. B. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämien u.Ä., sofern diese nicht bereits bei den Erkrankungen genannt wurden. Eine Familienanamnese ist i.d.R. nicht erforderlich.

6.1.5 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)

Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen wird eine biographische Anamnese erwartet. Diese umfasst unter anderem:

- krankheitsrelevante Belastungen in Kindheit und Jugendalter
- krankheitsrelevante Belastungen im Erwachsenenalter („life events“)
- gegebenenfalls Anamnese zu Konsumverhalten in Bezug auf stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeiten sowie Vorbereitung auf die Rehabilitation bei abhängigkeitserkrankten Menschen
- Krankheitsverständnis

6.1.6 Vegetative Anamnese

In der vegetativen Anamnese sollen vorliegende Reha-relevante Beeinträchtigungen vegetativer Funktionen deutlich werden, wie z. B. Inappetenz, Schlafstörungen, Schnarchen mit Apnoephasen, Kontinenzprobleme, Gewichtsveränderungen, pathologisches Schwitzen oder sexuelle Dysfunktion.

6.1.7 Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin / des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung (insb. bei psychischen Störungen)

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen im Freitext Angaben erkennbar sein über:

- Informationsstand und Aufklärungsgrad der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden
- Subjektive Erklärung der Störungen und ihrer Kontrollmöglichkeit
- Annahmen zu Zusammenhängen mit dem subjektiven Krankheitsgefühl, z. B. Überforderung
- Bewältigungsstrategien inklusive Ressourcen, z. B. autogenes Training oder Psychotherapie

6.2 Sozialmedizinische Anamnese

Die sozialmedizinische Anamnese umfasst vor dem Hintergrund der ICF (vgl. Kapitel 1) sozialmedizinisch bedeutsame Themen wie das soziale und das berufliche Umfeld. Zentral ist die Darstellung von Förderfaktoren und Barrieren, die Aktivitäten und Teilhabe beeinflussen können.

6.2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Anders als bei einem Entlassungsbericht in der Akutmedizin muss im Reha- Entlassungsbericht der gesetzlichen Rentenversicherung das soziale Umfeld dargestellt werden, da dieses auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben Einfluss nehmen kann.

Kontextfaktoren, die fallbezogen eine positive oder negative Auswirkung haben können, können sein:

- familiäre, partnerschaftliche Situation
- Anzahl und Alter der Kinder, insgesamt und im Haushalt lebend
- Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung, z. B. eigener Haushalt oder Alten- bzw. Pflegeheim, ambulante Pflege
- soziale Situation, z. B. soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld, wie z. B. Pflege von Angehörigen
- Belastungen, z. B. kritische Lebensereignisse, chronische Konflikte
- finanzielle Situation
- Freizeitverhalten
- Risikoverhalten, z. B. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Cannabis etc.), mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben oder gesundheitsgefährdender Sport

Es ist dabei zu berücksichtigen, dass Aufgaben aus dem sozialen Umfeld - z.B. die Pflege eines Familienangehörigen – das quantitative Leistungsvermögen nicht einschränken; auch wenn aufgrund des zeitlichen Ausmaßes der pflegerischen Tätigkeit nur noch wenig Zeit für eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit übrigbliebe.

Beispiele:

- Lebt in stabiler Partnerschaft und in geordneten finanziellen Verhältnissen, gute soziale Einbindung
- alleinstehend, eigener Haushalt (3-Zimmer-Mietwohnung), versorgt demente Mutter
- Bezug von Bürgergeld, kein Rentenantrag geplant

Sozialversicherungsrechtlicher Status

Ferner soll hier der derzeitige Erwerbsstatus deutlich werden, wie z. B. erwerbstätig, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Hausfrau bzw. Hausmann, Erwerbsminderungs- oder Altersrentenbezug. Genannt werden sollten auch laufende Sozialleistungsanträge, insbesondere Anträge auf berufliche Rehabilitation oder Rente wegen Erwerbsminderung, MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), GdB (Grad der Behinderung) bzw. GdB-Anerkennung, Pflegegraden und ggf. laufende Sozialgerichtsverfahren.

6.2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Eine sorgfältige Arbeitsanamnese ermöglicht es, zum Abschluss der Rehabilitation die Fähigkeitsprofile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit den jeweiligen Anforderungsprofilen der Tätigkeit abzugleichen. Dieser Abgleich ist für eine nachvollziehbare Einschätzung der Einsatzfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit erforderlich.

Beruflicher Werdegang

Bei Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter sollen orientierende Angaben erkennbar sein über:

- den Schulabschluss, die Berufsausbildung (mit und ohne Abschluss)
- das Berufsleben, einschließlich Berufswechsel aus gesundheitlichen und sonstigen Gründen, Dauer der Betriebszugehörigkeit
- einen krankheitsbedingten Arbeitsplatzwechsel, eine Arbeitszeiteinschränkung, eine Umschulung
- die jetzige berufliche Stellung, ggf. gegenwärtige Arbeitslosigkeit

Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes (letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

Die Arbeitsplatzbeschreibung umfasst die körperliche, psychische und/oder soziale Belastung der konkreten Tätigkeit am Arbeitsplatz. Unter anderem werden Angaben zur Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und -organisation erwartet.

Die Beschreibung des Arbeitsplatzes wird idealerweise durch objektive Angaben zum Anforderungsprofil, z. B. Arbeitsplatzbeschreibung durch Arbeitgeber oder Betriebsarzt, ergänzt. Fallabhängig können Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Erreichen des Arbeitsplatzes, Angaben zu Gefährdungsmomenten, betriebsärztliche Betreuung oder eine betriebliche Gesundheitsförderung relevant sein.

Beispiele:

- Wartung und Reparieren von Waschmaschinen, dabei viel Hocken, Knien, Heben von 25 kg und mehr, täglich ein- bis zweimal pro Stunde
- gutes Betriebsklima, zugewandter Chef, gelegentlich Überstunden, immer am Wochenende
- bisher keine betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeitsunfähigkeitszeiten

Sind auf Formblatt 1 sozialmedizinisch relevante Arbeitsunfähigkeitszeiten angegeben, sollten diese hier spezifiziert werden. Wichtig sind dabei Diagnosen, Dauer, Frequenz von Arbeitsunfähigkeitszeiten während der vergangenen zwölf Monate vor der Rehabilitation sowie ggf. eine derzeitige Arbeitsunfähigkeit mit Angabe der Diagnose und des Beginns.

Checkliste sozialmedizinische Anamnese

Die nachfolgenden Punkte sollen im Entlassungsbericht angemessen abgebildet werden:

- Jetzige Beschwerden
- Bisheriger Krankheitsverlauf
- Weitere Reha-relevante Erkrankungen
- Die Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen, die für die Durchführung des Rehabilitationsprozesses relevant sind, müssen unmissverständlich dargestellt werden
- Bei Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen zusätzlich krankheitsrelevante biographische Anamnese

- Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden sowie Krankheitsverarbeitung
- Vegetative Anamnese
- Kontextfaktoren
- Die genannten Kontextfaktoren, z. B. Risikofaktoren wie Alkoholkonsum und Stress, Ressourcen wie wichtige Bezugspersonen und soziale Integration und die beschriebenen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sollen einen nachvollziehbaren Gesamteindruck der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden im entsprechenden Umfeld vermitteln
- Sozialversicherungsrechtlicher Status
- Beruflicher Werdegang (nicht bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen)
- Beschreibung des Arbeitsplatzes (nicht bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen)
- Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Reha (nicht bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen)
- Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in Beruf und Alltag (bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen nur im Alltag)
- Der Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenen Beschwerden und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag muss überzeugend dargestellt werden (bei Altersrentnern und Altersrentnerinnen nur im Alltag)

6.2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

In diesem Unterpunkt geht es um die subjektive Wahrnehmung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die aus deren spezifischen Anforderungen im Beruf und im Alltag resultieren. Dabei muss eine Verbindung zwischen der Struktur- und Funktionsebene und den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipationseinschränkungen in Beruf und Alltag hergestellt werden. Was konkret fällt aus Sicht der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden schwer? Liegen psychosoziale oder emotionale Belastungen vor?

Unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren müssen die Beeinträchtigungen der Aktivitäten einerseits und der Teilhabe andererseits verständlich sein (vgl. Kapitel 1). Hierzu zählen die Beeinträchtigungen der Teilhabe an subjektiv wichtigen Lebensbereichen, die eine Relevanz für die Reha-Prozesse und das sozialmedizinische Leistungsvermögen haben. Hinweise auf Ressourcen, d. h. Kompensation von Beeinträchtigungen, müssen ebenfalls aufgeführt werden.

Beispiele für Aktivitätseinschränkungen:

- Beeinträchtigungen der Mobilität, z. B. Gehen und Fortbewegung, Treppensteigen, die Fähigkeit eine Körperposition einzunehmen oder sich aufrecht zu halten, Gegenstände zu heben und zu tragen
- Beeinträchtigungen beim Lernen, bei der Wissensanwendung, der Kommunikation, der Konversation und Diskussion, z. B. Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen
- Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, z. B. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, die tägliche Routine planen und durchführen, mit Stress, Krisensituationen und anderen psychischen Anforderungen umgehen

Beispiele für Teilhabeeinschränkungen:

- Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des häuslichen Lebens, z. B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsführung
- Beeinträchtigungen der adäquaten Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen, z. B. formelle Beziehungen, Familie, Freundeskreis und Sexualleben
- Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben, z. B. Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie wie Vereinsleben

6.3 Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

Unter diesem Gliederungspunkt wird ein orientierender indikationsübergreifender Gesamtstatus und auf Reha-relevante Diagnostik begrenzter fachspezifischer Befund erwartet. Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig dargestellt werden.

6.3.1 Allgemeiner körperlicher Befund

Unabhängig von der Indikation muss hier die medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung mit einer kurzgefassten Zusammenfassung des körperlichen Status knapp dargestellt werden. Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig beschrieben werden.

6.3.2 Allgemeiner psychischer Befund

Zum Aufnahmebefund gehört auch die Dokumentation des orientierenden psychischen Befundes (Stimmung, Schlaf, Angst, Depression). Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig dargestellt werden. Eine Arbeitshilfe zur Erhebung und Beschreibung des mentalen Status findet sich im Anhang.

6.3.3 Fachspezifischer Befund

Nach einem indikationsübergreifenden Status wird an dieser Stelle ein aussagekräftiger fachspezifischer Befund erwartet. Dabei soll vorrangig dokumentiert werden, was von der Norm abweicht. Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig dargestellt werden. Hierbei sollten die indikationstypischen Untersuchungsverfahren sinnvoll eingesetzt werden.

6.3.4 Diagnostik

An dieser Stelle sollen Befunde nachvollziehbar beschrieben werden, die während der Rehabilitation erhoben werden. Diese müssen gegebenenfalls mit Vorbefunden in Beziehung gebracht werden.

Eine umfassende Diagnostik ist in der Regel nicht erforderlich. Es gilt: „So viel wie nötig und so wenig wie möglich“.

Die Diagnostik – mit Ausrichtung auf Reha-spezifische Ziele und Fragestellungen – dient der Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten sowie deren Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen. Um die rehabilitative Behandlung möglichst rasch und zielgerichtet beginnen zu können, sollte die Diagnostik der zugrunde liegenden Erkrankungen bereits vor der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Unnötige Mehrfachuntersuchungen können so vermieden und die auf die Diagnostik entfallenden Kosten der Rehabilitation begrenzt werden.

Noch fehlende klinisch-apparative Diagnostik wird zu Beginn der Rehabilitation durchgeführt. Sie soll sich an Reha-Auftrag und -Ziel orientieren und sich auf die für die Reha-Prozesse notwendigen differentialdiagnostischen Überlegungen beschränken. Sie dient vorrangig der Erkennung von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen sowie der Einleitung einer gezielten Therapie im Rahmen der Rehabilitation. Dies gilt insbesondere zur Validierung anamnestisch erhobener Angaben bezüglich Beeinträchtigungen von Fähigkeiten der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, wie z. B. Einschränkungen hinsichtlich der Ausdauer, der häuslichen Selbstversorgung oder (fein-)motorischer Fähigkeiten.

Eine klinisch-apparative Diagnostik kann auch bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und/oder mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen beruflichem Leistungsvermögen und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld (z. B. ergotherapeutisches Assessment) erforderlich sein. Es handelt sich dabei in erster Linie um Personen, die spezifischer Angebote bedürfen, um den bisherigen oder einen angestrebten Arbeitsplatz wieder einnehmen zu können. Sie können dabei die folgenden Merkmale aufweisen:

- problematische sozialmedizinische Verläufe, z. B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit
- negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können, ggf. auch bei Vorliegen eines Rentenanspruchs
- aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung

Die Aufzählung möglicher Kriterien ist nicht als vollständige und erschöpfende Beschreibung zu betrachten. Sie soll als Orientierung und grobe Umschreibung von Zielgruppen dienen, die von einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) profitieren können. Die genannten Aspekte treten in der Regel kumulativ auf.

Bei einer MBOR steht die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an die speziellen Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere an den aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz im Vordergrund. Die MBOR stellt eine konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar, die gezielt an den gesundheitlich bedingten beruflichen Problemlagen und der gefährdeten oder bereits geminderten Teilhabe am Erwerbsleben ansetzt. Damit erweitert die MBOR das potenzielle Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation um explizit arbeitsbezogene Leistungen (Weitere Informationen in der aktuellen Version der Broschüre zum „Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ vom 30.10.2023). Diese

kann unter dem folgenden Link heruntergeladen werden: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html.

Gegebenenfalls sind auch eine psychosomatische Diagnostik und testpsychologische Zusatzuntersuchungen erforderlich, z.B. bei psychosozialer oder psychosomatischer Auffälligkeit in der Anamnese. Dabei sind die eingesetzten diagnostischen Verfahren und deren Ergebnisse zu beschreiben.

Befunde, die von nicht-ärztlichen Therapeuten, z.B. Ergotherapeuten, Logopäden etc., erhoben wurden, können an dieser Stelle mit aufgenommen werden.

Checkliste Diagnostik

Die nachfolgenden Punkte sollen im Entlassungsbericht angemessen abgebildet werden:

- Allgemeiner Befund, somatisch und psychisch
- Indikationsspezifischer Befund
- Interne und externe technische Untersuchungen
- Diagnostik der Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe
- Diagnostik bei psychischen und psychosozialen Auffälligkeiten
- Bei Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen zusätzlich therapierelevantes Modell zur Verursachung der Symptomatik
- Der klinische Gesamtstatus der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden soll nach der orientierenden körperlichen und psychischen Befunderhebung klar und deutlich erkennbar sein
- Die beschriebenen Reha-relevanten Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen müssen mit angemessenem Aufwand diagnostisch abgeklärt sein
- Die Diagnostik im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen orientiert sich an der Klärung subjektiv angegebener Beeinträchtigungen bezogen auf Aktivität und Teilhabe
- Die gestellten Diagnosen sind durch Anamnese und Untersuchungsbefund plausibel fundiert

6.4 Reha-Prozess und -Ergebnis

In diesem Abschnitt sollen der klinische Verlauf und das erzielte Ergebnis dargestellt werden. Die therapeutischen Leistungen, welche bereits auf Blatt 1b unter Verwendung von KTL-Codes dokumentiert wurden (vergleiche Abschnitt 5.), sind an dieser Stelle nicht zusätzlich aufzuführen.

Berichte, welche von nicht-ärztlichen Mitgliedern des Reha-Teams verfasst wurden, können hier in knapper Form aufgenommen werden.

6.4.1 Individuelle Reha-Ziele

Die Reha-Ziele müssen gemeinsam mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden in einer partizipativen Entscheidungsfindung abgestimmt werden. Bestehen Diskrepanzen zwischen den Zielvorstellungen des Reha-Teams und der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden, so sind diese zu beschreiben und zu bewerten.

Während das umfassende Ziel der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Rückkehr ins Erwerbsleben ausgerichtet ist, orientieren sich die individuellen Reha-Ziele an den jeweiligen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Sie werden im Hinblick auf die festgestellten Struktur- und Funktionsbeeinträchtigungen sowie auf die Einschränkungen bei Aktivitäten und Teilhabe formuliert. Sie können sich zum Beispiel auf schmerzbedingte Funktionseinschränkungen und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Aktivitäten im Erwerbsleben beziehen. Beispielsweise könnte bei einer Beeinträchtigung des Gehens bei Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP), arterieller Verschlusskrankheit, Schlaganfall oder phobischem Vermeidungsverhalten ein Therapieziel lauten: „Verlängerung der Gehstrecke“, bei Reha-Ende vermag Herr M. den Marktplatz beschwerdefrei zu Fuß zu erreichen (Entfernung Klinik zum Marktplatz: 600 Meter)“. Wesentlich ist die Formulierung realistischer Einzelziele, bei denen die Fähigkeiten und Stärken der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden einbezogen werden sollten. Sie müssen in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar sein.

Die Reha-Ziele sollen eindeutig formuliert werden. Dabei sollte sich auf drei bis maximal fünf Reha-Ziele oder auch auf die Beschränkung auf ein einzelnes, gut durchdachtes Reha-Ziel verständigt werden. Es wird erwartet, dass keine Behandlungsaufgaben als Ziele genannt werden und dass die Ziele ausreichend spezifisch und keine Globalziele sind. So ist z. B. „Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben“ kein hinreichend konkretes Reha-Ziel. Die übergeordneten Ziele der Rehabilitation der Rentenversicherung (vgl. Kapitel 1) müssen nicht zusätzlich erläutert werden. Weitere Informationen zum Thema finden sich im „Arbeitsbuch Reha-Ziele“, welches auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzept_Arbeitsbuch_Reha_ziele.html erhältlich ist.

Checkliste Reha-Ziele

Nach Ausformulierung der Reha-Ziele sollte kontrolliert werden, ob die folgenden Punkte im Entlassungsbericht adäquat abgebildet wurden:

- Individuelle Erwartungen und Ziele der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden
- Vereinbarte individuelle Reha-Ziele
- Die individuellen Reha-Ziele werden umfassend, d. h. auf der somatischen, funktionalen, psychischen, sozialen (z. B. arbeitsbezogenen) oder edukativen Ebene formuliert
- Die individuellen Reha-Ziele beziehen sich maßgeschneidert auf die festgestellte individuelle Beeinträchtigung der Körperfunktionen, der -strukturen, der Aktivität und der Teilhabe
- Es werden keine rehabilitationsspezifische Behandlungsmaßnahmen und -aufgaben als individuelle Reha-Ziele genannt
- Die individuelle Situation der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden in Bezug auf Motivation, Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivität und Teilhabe, wie Risikokonstellationen und Krankheitsverarbeitung wird angemessen berücksichtigt.

6.4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

Die Beschreibung des Reha-Verlaufs soll sich auf klinische und sozialmedizinische Besonderheiten unter Berücksichtigung der Reha-Ziele beschränken.

Besonderheiten des Reha-Verlaufs beziehen sich insbesondere auf:

- Besonderheiten beim Zugang mit Auswirkungen auf den Verlauf
- Motivation und Kooperation
- Krankheitsbewältigung
- Beeinflussbarkeit von Beeinträchtigungen der Fähigkeiten
- während des Reha-Prozesses aufgetretene Probleme
- interkurrente Erkrankungen
- eventuelle Anpassung der Reha-Ziele
- Umstellung der Therapie
- Gründe für eine eventuelle Verlängerung oder Verkürzung der Rehabilitation
- Unterbrechungen der Reha sowie entschuldigte Fehltage
- Reha-Abbruch aufgrund medizinischer und nicht medizinischer Gründe

Reha-Abbruch bei medizinisch indizierten Gründen

Ist bei medizinisch indiziertem Reha-Abbruch, z. B. Protheseninfektion, eine abschließende Beurteilung des Leistungsvermögens nicht möglich, da der Ausgang der nachfolgenden Leistungen zum Zeitpunkt des Abbruchs der Reha ungewiss ist, ist dieses im Freitext zu erläutern. Im Formblatt auf Seite 2 sollte in diesem Falle von einem positiven Reha-Verlauf ausgegangen werden, so dass das quantitative Leistungsvermögen mit „6 Stunden und mehr“ eingeschätzt werden kann; es sei denn, es sprechen schwerwiegende medizinische Sachverhalte gegen diese Beurteilung.

Reha-Abbruch bei nicht medizinisch indizierten Gründen

Bei einem vorzeitigen, nicht medizinisch indizierten Reha-Abbruch aufgrund einer eigenverantwortlichen Entscheidung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden ist dieses im Freitext zu vermerken. Im Formblatt auf Seite 2 sollte in diesem Falle von einem positiven Reha-Verlauf ausgegangen werden, so dass das quantitative Leistungsvermögen mit „6 Stunden und mehr“ eingeschätzt werden kann.

Reha-Abbruch bei kurzen Reha-Aufenthalten

Wird die Reha vorzeitig nach einem sehr kurzen Aufenthalt von weniger als drei Tagen abgebrochen – aus medizinisch- oder nicht medizinisch-indizierten Gründen – ist die Anfertigung eines ausführlichen Entlassungsberichts nicht erforderlich. Es genügt einen Kurzentlassungsbericht mit Angaben der relevanten Informationen (Kalenderische Daten des Aufenthalts, Diagnosen, Entlassungsform etc.) anzufertigen, in welchem der Grund für den Reha-Abbruch ausführlich erläutert werden muss.

Sobald unter Einbindung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine medizinische Untersuchung stattgefunden hat, welche innerhalb der ersten drei Tage nach Reha-Aufnahme erfolgen muss, ist auch eine Leistungsbeurteilung abzugeben. Soweit keine gravierenden medizinische Sachverhalte dagegensprechen, sollte von einem positiven Reha-Verlauf ausgegangen werden und das quantitative Leistungsvermögen mit „6 Stunden und mehr“ beurteilt werden. Wenn die Erstuntersuchung von einer/m nichtfachärztlichen Ärztin oder Arzt durchgeführt wird, darf noch keine Leistungsbeurteilung abgegeben werden.

Reha-Verlängerung

Bei einer Verlängerung der Rehabilitationsleistung ist auf Blatt 2 unter Punkt 4 zu begründen, warum der bewilligte Rehabilitationszeitraum nicht ausreichend war, die vereinbarten Rehabilitationsziele zu erreichen. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind die hierfür spezifischen Aspekte des Verlängerungsverfahrens zu berücksichtigen..

Checkliste Reha-Verlauf

Nach Beendigung der Rehabilitation sollten folgende Punkte im Entlassungsbericht adäquat abgebildet werden:

- Therapien somatischer Beeinträchtigungen (Dokumentation in Form von KTL-Codes auf Blatt 1b)
- Therapien psychischer Beeinträchtigungen (Dokumentation in Form von KTL-Codes auf Blatt 1b)
- Die während der Rehabilitation eingesetzten Medikamente, Heil- und Hilfsmittel sind vollständig dokumentiert und lassen den Bezug zum Reha-Verlauf erkennen
- Edukative Leistungen
- Die medizinisch-berufliche Orientierung des Rehabilitationsprozesses, z. B. in der Psychotherapie, Ergotherapie, Patientenschulung, wird gebührend berücksichtigt
- Dichte und Reihenfolge der Therapien
- Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf
- Die Erfordernisse zur Bewältigung aufgetretener Komplikationen sind vollständig dokumentiert und plausibel
- Motivation und Kooperation der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden
- Rehabilitandenselbsteinschätzung
- Beurteilung des Rehabilitationsverlaufs durch eine Ärztin oder einen Arzt bzw. medizinisch-therapeutisches Personal.

6.4.3 Entlassungsmedikation

Bei Beendigung der Rehabilitationsleistung muss die aktuelle Medikation vollständig im Vergleich zur Aufnahme-medikation dokumentiert werden. Sollten während des Reha-Verlaufs oder bei Entlassung Änderungen vorgenommen worden sein, sind diese zu vermerken und zu erläutern. Im Falle keiner Medikationsänderung ist dies ebenfalls zu notieren. Die Medikation kann dabei in einem beigelegten Medikationsplan (BMP, Bundesmedikationsplan) notiert werden, auf welchen entsprechend verwiesen werden muss.

6.4.4 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

Entscheidend ist eine zusammenfassende Bewertung des Reha-Verlaufs. Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Kapitel 1) sollen unter Berücksichtigung der Reha-Ziele die erreichten Veränderungen beschrieben werden. Gewünscht ist die Darstellung der Funktionsdiagnosen sowie des subjektiven und objektiven Reha-Ergebnisses im Abgleich mit den Vorbefunden und den individuellen Reha-Zielen bezüglich folgender Punkte:

- Ergebnisse klinischer Messwerte im Vergleich zu den Aufnahmebefunden, z. B. Laborwerte, Gelenkbeweglichkeit, Ergometrie sowie ggf. testpsychologischer Befund bei Entlassung
- Darstellung und Bewertung der bis zum Ende der Rehabilitation objektiv erzielten und subjektiv wahrgenommenen Veränderungen von Funktionen und Fähigkeiten, z. B. konkrete Verlängerung der Gehstrecke, verbesserte Belastbarkeit beim Terraintraining, Steigerung der Konzentrationsfähigkeit

- Veränderungen bei Einstellung, Motivation, Lebensstil, Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Was wurde gelernt? Was konnte umgesetzt werden?
- Selbsteinschätzung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden zum Ergebnis und zu den erreichten Therapiezielen
- Diskrepanzen bei der Bewertung der erreichten Therapieziele mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden müssen erläutert und bewertet werden
- Inhaltliche Verknüpfung von Reha-Anlass, wie z.B. bei Verfahren nach § 51 SGB V und Reha-Verlauf. Ggf. Angaben, warum Vorschläge des niedergelassenen Behandlers zur Therapie nicht übernommen oder die Behandlung verändert wurde
- Diskussion von Diskrepanzen zwischen extern erhobenen Vorbefunden, z.B. in Reha-Gutachten, AHB- oder sonstigen Befundberichten, Aufnahme- oder Abschlussbefund sowie rehabilitandenseitiger Einschätzung

Checkliste Reha-Ergebnis

Nach Beendigung der Rehabilitation sollten folgende Punkte im Entlassungsbericht adäquat abgebildet werden:

- Vor dem Hintergrund der individuellen Reha-Ziele, der durchgeführten Leistungen, der Reha-Dauer und eventuell aufgetretener Komplikationen entsteht ein verständliches und nachvollziehbares Bild des individuellen Reha-Verlaufs
- Plausibilität der Entlassungsdiagnosen
- Dokumentierte Diskrepanzen der Ärztin bzw. des Arztes oder der Therapeutin bzw. des Therapeuten und der Selbsteinschätzung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden bei Rehabilitationsende werden ausgiebig erläutert und thematisiert
- Die Abschlussuntersuchung stellt einen direkten Bezug zum Ausgangsbefund her
- Dokumentation der Entlassungsmedikation
- Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse
- Altersrelevante Aktivität und Teilhabe (Nur bei Bezug von Altersrente)
- Alltagsrelevante Kontextfaktoren (Nur bei Bezug von Altersrente)

6.5 Empfehlungen weiterführender Maßnahmen

Bei diesem Gliederungspunkt geht es um Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation (vgl. Kapitel 1). Diese wenden sich an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Psychotherapeuten, die Rehabilitanden selbst oder den zuständigen Rentenversicherungsträger. Im Wesentlichen erläutert dieser Gliederungspunkt die Ankreuzfelder auf Blatt 1 „Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung“.

Weiterbehandlung

Wird eine Diagnostik oder Weiterbehandlung im akutmedizinischen Sektor angeregt, sollte diese hier beschrieben werden. Für die Empfehlungen bei Kindern und Jugendlichen gehört dabei ein Hinweis auf die nächste Vorsorgeuntersuchung, z.B. „U7 fällig ab ...“.

Reha-Nachsorge

Werden Reha-Nachsorge bzw. Reha-Sport und Funktionstraining empfohlen, muss an dieser Stelle die Indikationsstellung nachvollziehbar dargestellt werden. Die Empfehlungen müssen begründet und in den entsprechenden Ankreuzfeldern auf Blatt 1 gekennzeichnet werden. Es sollte ferner angegeben werden, ob und gegebenenfalls welche Leistungen bereits in die Wege geleitet worden sind, welche Motivation bezüglich der nachgehenden Leistung gegeben ist und ob bereits Kontakte aufgenommen wurden und wenn ja, mit welchen Nachsorgeinstitutionen.

Stufenweise Wiedereingliederung

Wenn sich während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation der Bedarf für eine stufenweise Wiedereingliederung abzeichnet, muss diese während der Rehabilitation initiiert werden. Im Reha-Entlassungsbericht muss erläutert werden, was in diesem Kontext bereits unternommen wurde.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Soweit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sinnvoll erscheinen, muss eine solche Empfehlung hier dargelegt und erläutert werden sowie im entsprechenden Ankreuzfeld auf Blatt 1 gekennzeichnet werden. Die Entscheidung über die Gewährung und Art der Leistung trifft der Rentenversicherungsträger.

Selbsthilfe

Individuelle Angebote und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen ergänzen häufig die medizinische Rehabilitation und dienen der Sicherung und Stabilisierung des Reha-Erfolges. Entsprechende Empfehlungen an die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden müssen hier dargelegt und erläutert werden.

Sonstige Empfehlungen

Über die oben genannten Punkte hinausgehende Empfehlungen sollten hier dargelegt und erläutert werden.

Checkliste zur Bewertung weiterführender Leistungen und Nachsorge sowie des gesamten Reha-Prozesses

Vor Abschluss des Entlassungsberichts sollten die folgenden Punkte geprüft werden:

- Weitere Diagnostik: die empfohlenen diagnostischen Maßnahmen sind medizinisch nachvollziehbar indiziert
- Weitere therapeutische Maßnahmen: die empfohlenen therapeutischen Optionen sind medizinisch nachvollziehbar indiziert
- Die empfohlenen weiterführenden diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen berücksichtigen klar und deutlich die individuelle Situation der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden
- Die Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind schlüssig und überzeugend formuliert (nicht bei Bezug von Altersrente)
- Die indizierten Maßnahmen zur Reha-Nachsorge werden klar und deutlich artikuliert
- Die individuelle Problematik der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden wird aus dem Reha-Verlauf deutlich. Eine individuelle Gestaltung des Reha-Prozesses ist klar erkennbar

7. Exemplarische Fälle zur standardisierten Leistungsbeurteilung

Fall 1:

Arbeitsfähigkeit und Vollzeitbeschäftigung

Eine 44-jährige ungelernte Arbeiterin in der Metallindustrie ist als Montiererin vollzeitbeschäftigt tätig. Die Arbeit erfolgt überwiegend im Sitzen mit gelegentlichem Stehen und Gehen. Vor allem ist die rechte Hand durch Bohr- und Schraubarbeiten belastet. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden durchgeführt wegen rezidivierender tiefsitzender Rückenschmerzen bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen ohne Hinweis auf einen lumbalen Bandscheibenvorfall.

Die Entlassung erfolgt arbeitsfähig und leistungsfähig für 6 Stunden und mehr in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind körperlich mittelschwere Arbeiten, überwiegend im Stehen, im Gehen und im Sitzen und in allen Schichtdienstformen.

Negatives Leistungsvermögen:

Keine wesentlichen Einschränkungen.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

Dieser Fall stellt in der Praxis der medizinischen Rehabilitation eine häufige Konstellation dar: Die Rehabilitation wird arbeitsfähig angetreten und arbeitsfähig sowie leistungsfähig für 6 Stunden und mehr abgeschlossen.

Obwohl die Montiererin eine berufliche Tätigkeit ausübt, die als leichte Arbeit einzustufen ist, wird ihr im positiven Leistungsvermögen entsprechend ihres Leistungsvermögens mittelschwere Arbeit zugemutet. Das positive und negative Leistungsvermögen bezieht sich nicht auf das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern beschreibt unabhängig davon die zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale der körperlichen Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation. Wesentliche Einschränkungen bestehen nicht. Das Leistungsvermögen ist hiermit abschließend beschrieben. Die Beschreibung des negativen Leistungsvermögens ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Die unter Blatt 1a angekreuzten Zeitkategorien definieren den für jede Arbeitshaltung zumutbaren maximalen Zeitrahmen. Gleichzeitig beinhalten sie den aus ärztlicher Sicht erforderlichen Positionswechsel, so dass sich die in vergleichbaren Fällen häufig zu lesende Formulierung „Nur Tätigkeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen“ erübrigt.

Eine Kennzeichnung aller drei Haltungsarten jeweils mit dem Merkmal „zeitweise“ deckt die Arbeitszeit einer vollen Schicht definitionsgemäß nicht ab, da nur 30 % der Schichtzeit beschrieben werden. Zumindest eine der drei Haltungsarten muss mindestens einmal „überwiegend“ oder „ständig“ eingenommen werden können.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Montiererin in der Metallindustrie			<input checked="" type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte				
Arbeitshaltung im Stehen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Rollstuhlpflicht <input type="checkbox"/>				
Arbeitsorganisation <input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht <input checked="" type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht <input checked="" type="checkbox"/> Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
<input type="checkbox"/> psychomentele 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden			

Fall 2:

Arbeitsfähigkeit und Teilzeitbeschäftigung

Eine 57-jährige Logopädin ist aus privaten Gründen als Teilzeitkraft in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt wegen eines unbefriedigend eingestellten insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 2 bei Übergewicht und Bluthochdruck. Die Rehabilitation ist erfolgreich mit Gewichtsreduktion und Optimierung der Stoffwechselfparameter sowie des Blutdrucks. Seit kurzem nimmt die Logopädin an einem Disease-Management-Programm (DMP) ihrer Krankenkasse teil.

Die Entlassung erfolgt arbeitsfähig und leistungsfähig für 6 Stunden und mehr in der letzten sozialversicherungsrechtlichen Tätigkeit.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind leichte bis mittelschwere Arbeiten ständig im Gehen, Stehen und Sitzen, ohne Nachtschicht.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich Gefährdungs- und Belastungsfaktoren wie Hitze, Lärm, Überdruck, häufig wechselnder Arbeitszeiten, alleiniger Verantwortung bei Überwachungstätigkeiten oder Arbeiten mit Absturzgefahr.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben orientiert sich an der zeitlich zumutbaren Tätigkeit. Die Versicherte könnte nach den festgestellten Leistungsparametern die letzte berufliche Tätigkeit auch in einem Arbeitspensum von 6 Stunden und mehr ausüben. Selbst wenn die Versicherte immer nur vierstündig tätig gewesen wäre, rechtfertigt dies nicht, die Leistungsbeurteilung auf ein Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden festzulegen, wenn keine entsprechenden Leistungseinschränkungen vorliegen. Eine derartige, sozialmedizinisch nicht abzuleitende Leistungseinschränkung könnte eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung begründen.

Auch die bei Diabetesbehandlung in Einzelfällen verordneten oder empfohlenen mehrfachen Blutzucker-Selbstkontrollen und die Einnahme einer Zwischenmahlzeit können in der sogenannten persönlichen Verteilzeit innerhalb einer vollen Arbeitsschicht vorgenommen werden. Eine zusätzliche Arbeitsunterbrechung ist hierzu nicht erforderlich.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Logopädin in einem medizinischen Versorgungszentrum			<input checked="" type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere
	Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen	im Sitzen	
	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
	Arbeitsorganisation	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input checked="" 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"/> psychomentele Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

Fall 3:

Arbeitsunfähigkeit bei nicht abgeschlossenem Heilungsprozess

Eine 55-jährige Bürokauffrau ist in der Auftragsannahme einer Exportfirma vollzeitbeschäftigt. Wegen Fehlstellung des linken Hüftgelenkes erfolgte die Implantation einer Totalendoprothese, zuvor bestand eine längere Arbeitsunfähigkeit. Bei Beendigung der Anschlussrehabilitation liegt noch Arbeitsunfähigkeit vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass nach ambulant weitergeführter Krankengymnastik die letzte berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann.

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig und leistungsfähig für 6 Stunden und mehr in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen, Stehen oder Gehen, in allen Schichtdienstformen.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich bewegungsbezogener Funktionen wie Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie Hocken und Knien.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

Diese Fallkonstellation ist in der rehabilitationsmedizinischen Praxis häufig. Es bestehen noch funktionelle Einschränkungen, da der Heilungsprozess bei Ende der Anschlussrehabilitation noch nicht abgeschlossen ist. Dennoch muss eine sozialmedizinische Beurteilung erfolgen. Die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben orientiert sich in solchen Fällen am zu erwartenden Verlauf innerhalb der folgenden 26 Wochen unter Berücksichtigung der gegebenen individuellen Besonderheiten.

Das nach Abschluss der Behandlung erwartete Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr begründet keinen Anspruch auf Rente. Der weitere Behandlungsbedarf nach Rehabilitation und die vorübergehenden Leistungseinschränkungen begründen lediglich Arbeitsunfähigkeit im Sinne des SGB V. Dieses würde auch für eine wenige Tage vor Entlassung auftretende Neuerkrankung, z.B. eine Radiusfraktur oder einen grippalen Infekt, gelten.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Bürokauffrau in einer Exportfirma	<input checked="" type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte
	Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen	im Sitzen	
	<input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
	Arbeitsorganisation	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input checked="" type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input checked="" type="checkbox"/> Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
	<input type="checkbox"/> psychomentele Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden			

Fall 4:**Arbeitsunfähigkeit und aufgehobenes Leistungsvermögen bei abweichender Selbsteinschätzung**

Ein 52-jähriger Ingenieur ist vollzeitbeschäftigt im Flugzeugbau in der Qualitätskontrolle. Hierzu benutzt er diverse Messgeräte. Es handelt sich überwiegend um leichte körperliche Arbeiten im Sitzen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt wegen chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Unter 25 Watt Belastung zeigt sich eine respiratorische Globalinsuffizienz. Die Rehabilitation führt nicht zu einer Verbesserung der pulmonalen Belastbarkeit. Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben lautet unter 3 Stunden, sowohl für die zuletzt ausgeübte als auch für alle anderen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten. Der Versicherte teilt diese Einschätzung nicht und beabsichtigt, unmittelbar nach Abschluss der Rehabilitation seine Tätigkeit am letzten Arbeitsplatz wiederaufzunehmen.

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig mit aufgehobenem Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und alle anderen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten.

Zeitlicher Umfang:

unter 3 Stunden, auch für leichte Tätigkeiten.

Positives und negatives Leistungsvermögen:

nicht erforderlich, da Leistungsvermögen aufgehoben.

Bei dieser Fallkonstellation orientiert sich die Leistungseinschätzung des Reha-Mediziners an dem aus medizinischer Sicht gegebenen Leistungsvermögen, welches sich auf umfassend erhobene Funktionsparameter gründet. Die entgegenstehende Selbsteinschätzung des Versicherten mit seiner erklärten Absicht, nach Abschluss der Rehabilitation seine Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, muss in der Epikrise unter Abschnitt C ausführlich dargestellt werden. Der Rentenversicherungsträger muss in diesem Fall prüfen, ob die Voraussetzungen zur Umdeutung in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente nach § 116 Absatz 2 Ziffer 2 SGB VI gegeben sind.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Ingenieur im Flugzeugbau (Qualitätskontrolle)	<input checked="" 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 checked="" 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"/> Rollstuhlpflicht	
	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"/> psychomentele 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 checked="" type="checkbox"/> unter 3 Stunden	

Fall 5:**Erheblich gefährdetes Leistungsvermögen in der ausgeübten Tätigkeit, Empfehlung von Arbeitsplatzausstattung zu Lasten des Arbeitgebers**

Bei einer 47-jährigen Sekretärin, die in Vollzeit in einem Großraumbüro arbeitet, erfolgte eine Nukleotomie L3/4. Wegen persistierender Schmerzen wurde ein Jahr später eine medizinische Rehabilitation durchgeführt. Hier werden die anhaltenden Beschwerden auf ein Postnukleotomie-Syndrom zurückgeführt. Die Symptomatik lässt sich therapeutisch ausreichend kompensieren, so dass die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auch über 6 Stunden und mehr ausgeübt werden kann. Die Entlassung erfolgt arbeitsfähig und leistungsfähig für 6 Stunden und mehr in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, zeitweise im Stehen, überwiegend im Sitzen und Gehen, in allen Schichtdienstformen.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich bewegungsbezogener Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

Die überwiegend sitzende Tätigkeit an einem nicht ergonomisch ausgestatteten Arbeitsplatz ist langfristig ungünstig, so dass hier die Umgestaltung des Arbeitsplatzes angeregt werden sollte. Für eine ergonomische Arbeitsplatzausstattung ist grundsätzlich der Arbeitgeber zuständig. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben über den Rentenversicherungsträger sind gegenwärtig nicht erforderlich.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Datentypistin im Großraumbüro			<input checked="" type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte				
Arbeitshaltung im Stehen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input checked="" type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Rollstuhlpflicht <input type="checkbox"/>				
Arbeitsorganisation <input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht <input checked="" type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht <input checked="" type="checkbox"/> Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
<input type="checkbox"/> psychomentele Funktionen <input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen <input checked="" type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen <input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen				
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden			

Fall 6:**Aufgehobenes Leistungsvermögen bei der ausgeübten Tätigkeit, Empfehlungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Ein 30-jähriger Bäcker Geselle arbeitet in Vollzeit in der Backstube eines Kleinbetriebes. Der Versicherte beantragte eine medizinische Rehabilitation wegen eines seit einiger Zeit bestehenden gemischtförmigen Asthma bronchiale mit Reaktion auf diverse Allergene, jetzt auch auf Mehlstaub. Eine Meldung an die Berufsgenossenschaft (BG) über den begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit ist erfolgt, die BG-Entscheidung liegt noch nicht vor. Nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist die Lungenfunktion gut kompensiert. Dennoch ist das Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit mit unvermeidbarer Mehlstaubexposition aufgehoben; für die letzte Tätigkeit besteht nur noch ein Leistungsvermögen von unter 3 Stunden. Für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht dagegen ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr. Der Reha-Fachberatungsdienst wird eingeschaltet. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten geprüft werden, eine entsprechende Empfehlung wird auf Blatt 1 abgegeben.

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig mit aufgehobenem Leistungsvermögen in der derzeit ausgeübten Tätigkeit und mit einem Leistungsvermögen für andere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 6 Stunden und mehr.

Positives Leistungsvermögen:

Belastbarkeit besteht für schwere körperliche Arbeiten, ständig im Stehen, Gehen und Sitzen, alle Schichtdienstformen.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich relevanter Gefährdungs- und Belastungsfaktoren, hier z. B. keine Arbeiten mit Mehlstaub-Exposition.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

Besteht bei Abschluss der Rehabilitation ein aufgehobenes Leistungsvermögen in der bisher ausgeübten Tätigkeit, können bei einem Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr für andere Tätigkeiten, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen. Im Sinne einer zügigen Leistungserbringung, ist der Reha-Fachberater so früh wie möglich einzubeziehen.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Bäckergeselle in einer Bäckerei			<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere
	Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen	im Sitzen	
	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
	Arbeitsorganisation	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input checked="" type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input checked="" type="checkbox"/> Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
	<input type="checkbox"/> psychomentele Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input checked="" type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

Fall 7:**Leistungsvermögen von sechs Stunden und mehr bei Abhängigkeitserkrankung**

Ein 47-jähriger gelernter Metallarbeiter leidet unter einer Alkoholabhängigkeit, verbunden mit einer mittelgradigen depressiven Episode. Zusätzlich bestehen eine arterielle Hypertonie und eine ausgeprägte Psoriasis. Der Versicherte hat eine Ausbildung als Landmaschinenschlosser und arbeitete zuletzt als Lagerist im Logistikbereich einer Baumaschinenfirma. Er ist seit neun Monaten arbeitslos, jedoch arbeitsfähig. Die medizinische Rehabilitation verläuft erfolgreich, es gelingt eine Abstinenz und es kommt zu einer Stabilisierung der depressiven Symptomatik. Eine antidepressive Medikation ist nicht erforderlich. Die arterielle Hypertonie und die Psoriasis sind unter medikamentöser Therapie und Abstinenz gut kompensiert.

Die Entlassung erfolgte regulär und arbeitsfähig. Der Rehabilitand kann die letzte Tätigkeit mit einem zeitlichen Umfang von 6 Stunden und mehr ausüben. Eine Rückfallgefährdung durch besondere Arbeitsbedingungen ist nicht erkennbar. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht erforderlich. Es werden eine ambulante Psychotherapie und der Besuch von Selbsthilfegruppen empfohlen.

Positives Leistungsvermögen:

Schwere körperliche Arbeiten ohne Einschränkung bezüglich der Arbeitshaltung sind möglich.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich Tätigkeiten mit hoher Hautbelastung. Keine Nachtschichten. Keine besonderen Anforderungen an Konzentration und Verantwortung. Kein Zugang zu Alkohol.

Zeitlicher Umfang:

6 Stunden und mehr.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Lagerist	<input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
	Arbeitsorganisation	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> psychomentale Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

Fall 8:**Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden bei bestehender Vollzeitbeschäftigung**

Auf Empfehlung des Facharztes wird bei einer 43-jährigen Landschaftsgärtnerin, in Vollzeit beschäftigt, eine medizinische Rehabilitation durchgeführt. Es besteht eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises. Die Erkrankung besteht seit vielen Jahren und verläuft schubartig. Im Rahmen des letzten Schubes war ein mehrwöchiger Krankenhausaufenthalt erforderlich. Durch die medizinische Rehabilitation ist es möglich gewesen, den stationären Behandlungserfolg zu stabilisieren, gleichwohl verbleibt eine bedeutsame Einschränkung der Dauerbelastbarkeit. Es ist hingegen möglich gewesen, die produktiv-psychotische Symptomatik erfolgreich zu behandeln. Die Belastbarkeit besteht nur noch für 3 bis unter 6 Stunden bezüglich der bisherigen und auch für andere Tätigkeiten. Die Versicherte teilt diese Beurteilung des Leistungsvermögens und ist an einer Erwerbstätigkeit als Teilzeitkraft interessiert.

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig für die bisherige Vollzeittätigkeit und mit einem auf 3 bis unter 6 Stunden eingeschränkten Leistungsvermögen für die bisher ausgeübte Tätigkeit und für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind schwere körperliche Arbeiten ohne Einschränkung bezüglich der Arbeitshaltung.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich psychomentaler Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Arbeiten ohne besonderen Zeitdruck, ohne komplexe Tätigkeitsanforderungen, ohne besonderes Umstellungs- und Anpassungsvermögen und ohne erhöhte Unfallgefahr. Keine Wechsel- oder Nachtschicht.

Zeitlicher Umfang:

3 bis unter 6 Stunden.

Bei bestehendem Arbeitsverhältnis in Vollzeit erfolgt die Entlassung arbeitsunfähig. Unter Umständen kann der Arbeitgeber einen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung stellen, an dem die Versicherte ihrer Erwerbstätigkeit weiter nachgehen kann. Ungeachtet dessen kann ein Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bestehen.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Gärtnerin im Landschaftsbau			<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> schwere Arbeiten <input type="checkbox"/> mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere <input type="checkbox"/> leichte				
	Arbeitshaltung im Stehen <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input checked="" type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Rollstuhlpflicht <input type="checkbox"/>				
	Arbeitsorganisation <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> psychomentele Funktionen <input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen <input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen <input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen				
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden				

Fall 9:**Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden bei Arbeitslosigkeit**

Ein 49-jähriger Maler und Lackierer, seit einem Jahr arbeitslos, hat sich bisher der Vermittlung des Jobcenters für 6 Stunden und mehr zur Verfügung gestellt. Eine neurologische Anschlussrehabilitation erfolgte nach ischämischem Hirninfarkt mit armbetonter Hemiparese links. Die Hemiparese bildete sich nicht vollständig zurück, so dass der Versicherte als Maler nicht mehr einsetzbar ist. Es besteht außerdem noch eine Beeinträchtigung des Reaktions- und des Dauerkonzentrationsvermögens. Damit liegt eine eingeschränkte Dauerbelastbarkeit vor. Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen für die letzte Tätigkeit und für 3 bis unter 6 Stunden bei geeigneten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Positives Leistungsvermögen:

Zumutbar sind leichte körperliche Arbeiten überwiegend im Sitzen, zeitweise im Gehen und Stehen.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich psychomentaler Funktionen, bewegungsbezogener Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Reaktions- und Konzentrationsvermögen, Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge sollten vermieden werden. Keine besonderen Anforderungen an die Feinmotorik sowie die Kraft der linken Hand (Rechtshänder). Keine Leiter- und Gerüstarbeiten bzw. Tätigkeiten mit Absturzrisiko. Keine Wechsel- und Nachtschicht.

Zeitlicher Umfang:

3 bis unter 6 Stunden.

Der Versicherte ist arbeitslos und wird arbeitsunfähig entlassen. Diese Einschätzung orientiert sich an dem zeitlichen Umfang von 6 Stunden und mehr, für den sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat. Die quantitative Leistungseinschätzung erlaubt jedoch nur noch eine 3- bis unter 6-stündige Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen nicht in Betracht, weil hierdurch kein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr erreichbar ist.

Sollte der regionale Teilzeitarbeitsmarkt verschlossen sein, kann der Versicherte entsprechend der „konkreten Betrachtungsweise“ einen Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente auf Zeit wegen verschlossenem Teilzeitarbeitsmarkt haben.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Maler und Lackierer			<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> leichte		
Arbeitshaltung im Stehen		im Gehen		im Sitzen
<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend
		<input checked="" type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> über- wiegend
			<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
Arbeitsorganisation		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> psychomentale Funktionen		<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input checked="" type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden
			<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden	

Fall 10:**Leistungsvermögen von unter 3 Stunden**

Bei einer 39-jährigen Sozialversicherungsfachangestellten, die bei der Deutschen Rentenversicherung vollzeitbeschäftigt ist, wird ein ausgedehntes Meningeom in der hinteren Schädelgrube diagnostiziert. Im Anschluss an die Resektion erfolgt eine neurologische Anschlussrehabilitation. Bei Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation verbleiben Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen, Affektlabilität sowie deutliche kognitive Einbußen, wobei sich im Reha-Verlauf eine Tendenz zur Rückbildung abgezeichnet hat.

Die Entlassung erfolgt arbeitsunfähig und mit aufgehobenem Leistungsvermögen in der bisherigen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit und allen anderen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten. Längerfristig kann durchaus von einer günstigen Prognose ausgegangen werden. Eine Überprüfung sollte in zwei Jahren vorgenommen werden.

Zeitlicher Umfang:

unter 3 Stunden, auch für leichte Tätigkeiten.

Positives und negatives Leistungsvermögen:

nicht erforderlich, da Leistungsvermögen aufgehoben.

In solchen Fällen kann ein positives Leistungsvermögen nicht mehr erstellt werden. Diese Versicherte ist nicht mehr in der Lage, eine Erwerbstätigkeit von 3 Stunden und mehr auszuüben. Aus einer derartigen Leistungseinschätzung resultiert verwaltungsseitig eine volle Erwerbsminderung. Eine Rente auf Dauer wegen Erwerbsminderung ist nur möglich, wenn eine leistungsrelevante Besserung unwahrscheinlich ist. Im vorliegenden Falle wird eine Besserungsmöglichkeit gesehen und eine Überprüfung des Leistungsvermögens nach zwei Jahren vorgeschlagen. Wird eine konkrete Frist nicht angegeben, gelten nach dem SGB VI drei Jahre.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Sozialversicherungsfachangestellte bei der Deutschen Rentenversicherung		<input checked="" 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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise Rollstuhlpflicht <input type="checkbox"/>			
	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"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input checked="" type="checkbox"/> unter 3 Stunden

Fall 11:**Uneingeschränkte Schulfähigkeit bei anhaltend leichten funktionellen Einschränkungen**

Ein 15-jähriger Junge besucht die 8. Klasse eines Gymnasiums. In seiner Freizeit spielt er gelegentlich Badminton. Er verbringt außerdem täglich ca. zwei bis drei Stunden vor dem Computer. Im Rahmen eines seit mehreren Jahren bestehenden gemischtförmigen Asthma bronchiale kam es trotz inhalativer Dauertherapie bei Infekten wiederholt zu obstruktiven Episoden, die zu einer Beeinträchtigung der alltäglichen Leistungsanforderungen und zu vermehrten Schulfehlzeiten geführt haben. Bei zunehmender körperlicher Inaktivität traten eine deutliche Gewichtszunahme und gelegentlich fehllaltungsbedingte Rückenschmerzen auf. Mögliche Krankheitsfolgen bei anhaltender bronchialer Entzündungsreaktion sowie eine eventuelle haltungs- und belastungsbedingte Fehlentwicklung des muskuloskelettalen Systems ließen eine Bedrohung der Leistungsfähigkeit in Hinblick auf die spätere Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befürchten. Eine allergologische Diagnostik zeigte eine Sensibilisierung gegenüber Frühblühern sowie Hund, Pferd und Katze.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgten aufgrund eines unzureichend kontrollierten Asthma bronchiale und einer Adipositas mit beginnenden Folgeerkrankungen. Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation zeigte sich eine verbesserte und stabilisierte Lungenfunktion. Die Entlassung erfolgte uneingeschränkt schulfähig in einem guten körperlichen Allgemeinzustand, aber noch mit einer leichten inaktivitätsbedingten motorischen Schwäche. Die Arbeitsstruktur bei schulischen Vorbereitungen konnte gefördert werden. Das Körpergewicht wurde um ca. 5 kg reduziert. Es erfolgte eine Umstellung auf eine gesündere Ernährungsweise bei dem Wunsch einer weiteren nachhaltigen Gewichtsreduktion im häuslichen Umfeld. Schließlich sollten auch Leistungen für eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung sowie das Einräumen von ausreichend Bewegungspausen während der sitzenden Tätigkeit in Schule und daheim Berücksichtigung finden.

Negatives Leistungsvermögen:

Potenzielle spätere Leistungseinschränkungen könnten hinsichtlich bewegungsbezogener Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren auftreten. Eine intensive Tier- und Kälteexposition, starke körperliche Anstrengungen sowie inhalative Belastungen sind bei der späteren Berufswahl zu vermeiden.

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"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht			
	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 checked="" type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen <input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen			
	<input checked="" 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			

8. Anhang

Beurteilung der psychischen Belastbarkeit

Im Rahmen der Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben müssen auch Aussagen zur geistigen bzw. psychischen Belastbarkeit getroffen werden. Das folgende psychologische und psychopathologische Vokabular führt die gebräuchlichsten und für die Begutachtung wichtigsten Begriffe auf und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. So können z. B. Aussagen zur Intelligenz nicht ohne Rückgriff auf standardisierte Messverfahren getroffen werden. Für die adäquate Beurteilung psychopathologischer Phänomene wie Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen ist i. d. R. eine umfangreiche psychiatrische Vorerfahrung erforderlich, wie sie nur im Rahmen einer psychiatrischen Fachbegutachtung vorausgesetzt werden kann.

Orientierung

Zeitlich	Wissen von Datum, Wochentag oder Jahrestag.
Örtlich	Der gegenwärtige Aufenthaltsort kann benannt werden.
Situativ	Die gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungszusammenhang für die eigene Person erfasst.
Zur Person	Wissen um die aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation.

Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Konzentration	Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden. Prüfung zum Beispiel durch Aufforderung des Probanden zur fortlaufenden Subtraktion der Zahl 7 ausgehend von 100.
Merkfähigkeit	Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. zehn Minuten zu merken. Prüfung z. B. mit der Vorgabe von drei Begriffen, die nach einer Zeit von fünf und zehn Minuten vom Probanden nachzusprechen sind.
Gedächtnis	Störungen des formalen Denkens zeigen sich meist in der Sprache. Sie zeigen sich insbesondere bei emotionaler Belastung oder längerer Gesprächsdauer.
Formales Denken	Störungen des formalen Denkens zeigen sich meist in der Sprache. Sie zeigen sich insbesondere bei emotionaler Belastung oder längerer Gesprächsdauer.
Verlangsamung	Das Denken ist verlangsamt und schleppend. Es führt zu einem zähflüssigen Gesprächsverlauf.
Umständlichkeit	Beim Denken wird Nebensächliches nicht vom Wesentlichen getrennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt aber gewahrt.
Einengung	Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfangs, Verhaften in einem Thema, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen. Der Patient hat Mühe, auf ein anderes Thema überzugehen, kommt immer wieder auf das ursprüngliche Thema zurück, auch wenn der Untersucher versucht, andere Themenbereiche anzubieten.

Störung der Affektivität

Affektivität	Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen.
Vitalgefühl	Gefühl von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische; beeinträchtigt z. B. bei Klagen über Kraftlosigkeit, Schlappeheit, Müdigkeit und körperliches Unbehagen.

Depressivität	Negativ getönte Befindlichkeit, Niedergedrücktheit, Niedergeschlagenheit.
Hoffnungslosigkeit	Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhandengekommen, pessimistische Weltsicht, jede Veränderung wird als Verschlimmerung betrachtet.
Ängstlichkeit	Der Betroffene hat Angst, oft ohne angeben zu können, wovor. Die Angst kann sich steigern bis zur Panik.
Reizbarkeit	Der Untersucher spürt eine Neigung zu aggressiv getönter Gespanntheit bzw. Gereiztheit beim Probanden.
Affektive Schwingungsfähigkeit	Fähigkeit, unterschiedliche Ereignisse mit unterschiedlichen Gefühlsqualitäten und -stärken auszudrücken. Übereinstimmung von Gefühlen und Inhalt im Gesprächsverlauf.

Aktivitätsniveau und Psychomotorik

Antrieb	<p>Beschreibung von Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist, Anteilnahme, Entschlussfreude, Motivation.</p> <p>Ausprägungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antriebsarm: Mangel an Initiative, Tatkraft • antriebsgesteigert: Übermaß an Initiative, Tatkraft
Psychomotorik	<p>Beschreibung der durch psychische Vorgänge geprägten motorischen Aktivität.</p> <p>Ausprägungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychomotorische Unruhe: gesteigerte, ungerichtete motorische Aktivität

Weiterführende Informationen

- https://www.nachderreha.de/DE/Home/home_node.html
- https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzept_Arbeitsbuch_Reha_ziele.html
- <https://www.sozialmedizin-glossar-drv.de>
- https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung_node.html
- <https://www.fachabteilungsschluesel-drv.de>
- https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html
- <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html>
- https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ktl_therapeutische_versorgung.html
- https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/Rahmenkonzept_VOR.html
- Broschüre zum „Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ vom 30.10.2023

Ärztlicher Entlassungsbericht

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 = MBOR und VOR
3 = VOR
9 = Sonstige

Diagnosen

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

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

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 = verlegt
7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit
0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1 = arbeitsfähig
3 = arbeitsunfähig
4 = Kinder-Reha
9 = Beurteilung nicht erforderlich (z. B. Altersrentner, Angehöriger, nicht berufstätig)

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"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfe-gruppe
<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:

Ausfertigungsdatum

Ort

Die Freigabe hat Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. _____

Versions-Nr.

Name der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes

Name der Ärztin / des Arztes

Name der Ärztin / des Arztes

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

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	<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 <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> im Gehen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
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"/> psychomentele 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)

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

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

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	Leistung	Dauer	Anzahl	G	L
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
B = Kleingruppe (2-8 Personen)
C = MittlgröÙe Gruppe (9-12 Personen)
D = GröÙe Gruppe (13-18 Personen)
E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
2 = Digital
3 = Begleitperson Präsenz
4 = Begleitperson Digital
5 = Eigentaining mit Monitoring
6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	Leistung	Dauer	Anzahl	G	L
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe
möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
B = Kleingruppe (2-8 Personen)
C = MittlgröÙe Gruppe (9-12 Personen)
D = GröÙe Gruppe (13-18 Personen)
E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
2 = Digital
3 = Begleitperson Präsenz
4 = Begleitperson Digital
5 = Eigentaining mit Monitoring
6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	Leistung	Dauer	Anzahl	G	L
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe
möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
B = Kleingruppe (2-8 Personen)
C = MittlgröÙe Gruppe (9-12 Personen)
D = GröÙe Gruppe (13-18 Personen)
E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
2 = Digital
3 = Begleitperson Präsenz
4 = Begleitperson Digital
5 = Eigentaining mit Monitoring
6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	Leistung	Dauer	Anzahl	G	L
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
B = Kleingruppe (2-8 Personen)
C = Mittelfgroße Gruppe (9-12 Personen)
D = Große Gruppe (13-18 Personen)
E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
2 = Digital
3 = Begleitperson Präsenz
4 = Begleitperson Digital
5 = Eigentraining mit Monitoring
6 = Eigentraining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	Leistung	Dauer	Anzahl	G	L
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.

b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
B = Kleingruppe (2-8 Personen)
C = Mittelfgroße Gruppe (9-12 Personen)
D = Große Gruppe (13-18 Personen)
E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
2 = Digital
3 = Begleitperson Präsenz
4 = Begleitperson Digital
5 = Eigentraining mit Monitoring
6 = Eigentraining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



Deutsche
Rentenversicherung