



Deutsche
Rentenversicherung

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

- Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht
in der medizinischen Rehabilitation
der gesetzlichen Rentenversicherung 2015
- Stand: 01/2022



Vorwort zur Neuauflage 2015

Der „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ hat inzwischen eine 18-jährige Geschichte. Er beschreibt die Anforderungen, die an den ärztlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation gestellt werden. Er informiert darüber, wie die Berichterstattung inhaltlich zu strukturieren ist und welche Regeln für die sozialmedizinische Dokumentation gelten. Zu den Nutzern des Leitfadens zählen vor allem die Ärztinnen und Ärzte in den Reha-Einrichtungen.

Der Reha-Entlassungsbericht dient der Darstellung des klinischen Verlaufs und des unmittelbaren Reha-Erfolges. Über die spezifischen Nachsorgeempfehlungen hinaus interessiert das im Reha-Entlassungsbericht festgehaltene Behandlungsergebnis insbesondere aus sozialmedizinischer Sicht. Das heißt, der Umfang der möglicherweise nach der Rehabilitation fortbestehenden funktionalen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden mit ihrem Einfluss auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben muss klar beschrieben werden. Mit dieser Aufgabe bekommt der Reha-Entlassungsbericht den Charakter eines sozialmedizinischen Gutachtens und gilt damit im sozialrechtlichen Feststellungsverfahren als Beweismittel. Das Dokument bildet eine wesentliche Entscheidungsgrundlage bei der Frage, ob die persönlichen Voraussetzungen für beantragte Sozialleistungen – sei es zum Beispiel zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder eine Rente wegen Erwerbsminderung – gegeben sind.

Die Bedeutung des Reha-Entlassungsberichtes ist deshalb – auch angesichts der jährlich über eine Million von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten medizinischen Rehabilitationen – nicht zu unterschätzen. Die hier dokumentierten Daten dienen unter anderem zur Qualitätssicherung im Reha-Prozess.

Die hier vorliegende Überarbeitung des Leitfadens wurde notwendig, weil sich der Formteil des einheitlichen Reha-Entlassungsberichtes deutlich geändert hat. Änderungen beziehen sich insbesondere auf die Verlagerung der sozialmedizinischen Epikrise auf das Formblatt 1a sowie auf die strukturelle Gliederung des Freitextes auf Blatt 2. Die Änderungen wurden eingeführt, um die Erstellung von Entlassungsberichten zu vereinfachen und zu beschleunigen.

Einzelne Abschnitte, die in früheren Versionen des Leitfadens enthalten waren, entfallen nun. Insbesondere ist darauf geachtet worden, die Übersichtlichkeit zu verbessern. Bezüglich der Definition ausgewählter sozialmedizinischer Begriffe (Glossar), der Darstellung der Reha-Qualitätssicherung sowie grundsätzlicher Informationen zu Leistungen zur Teilhabe und Erwerbsminderungsrenten wird auf gesonderte Veröffentlichungen verwiesen.

Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	4
1.1 Das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung	4
1.2 Sozialmedizinische Voraussetzungen	5
1.3 Die Verfahren nach § 51 SGB V und § 145 SGB III	6
1.4 Reha-Nachsorge und weitere Leistungen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation	6
2 Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht	8
2.1 Funktion und Bedeutung	8
2.2 Bedeutung des Reha-Entlassungsberichtes für die Reha-Qualitätssicherung	10
2.3 Der Formularsatz des Reha-Entlassungsberichtes	12
2.4 Patientenrechte und Datenschutz	12
2.5 Allgemeine Dokumentationshinweise	13
3 Basisinformation (Blatt 1)	16
3.1 Rehabilitandendaten	16
3.2 Reha-Einrichtung	18
3.3 Aufnahme, Entlassung, Durchführung und Behandlungsform	18
3.4 Diagnosen	19
3.5 Ursache der Erkrankung, Entlassungsform und Arbeitsunfähigkeitszeiten	23
3.6 Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung	25
3.7 Unterschriften, Datum	26
4 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (Blatt 1a)	27
4.1 Leistungsvermögen im Erwerbsleben	27
4.2 Wer muss beurteilt werden?	28
4.3 Abschnitt A: Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit	28
4.4 Abschnitt B: Positives und negatives Leistungsvermögen	30
4.5 Abschnitt C: Sozialmedizinische Epikrise	33
4.6 Umgang mit Diskrepanzen in der sozialmedizinischen Einschätzung des Leistungsvermögens	35
5 Dokumentation therapeutischer Leistungen (Blatt 1b)	36
5.1 Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	36
5.2 Nutzung der KTL-Daten	36
5.3 Dokumentationshinweise	37
6 Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichtes („Freitext“)	38
7 Exemplarische Fälle zur standardisierten Leistungsbeurteilung	48
8 Anhang	70

1. Grundlagen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Das Krankheitsspektrum in modernen Dienstleistungs- und Informationsgesellschaften ist sowohl durch die Weiterentwicklung der Medizin als auch durch die Veränderung der Lebensumstände und der Arbeitswelt im Wandel begriffen. Chronische Erkrankungen und Behinderungen rücken immer mehr in den Vordergrund; zusätzlich verändern sich die demographischen Verhältnisse. Als Folge davon hat in Deutschland die medizinische Rehabilitation als eine zentrale Teilhabeleistung innerhalb des gegliederten Systems der Gesundheitsversorgung eine besondere Bedeutung.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt gemäß dem Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ (§ 9 SGB VI) Rehabilitationen durch, um – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – drohende Minderungen der Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder eine Verschlimmerung bestehender Beeinträchtigungen zu verhüten. Der „vorzeitige Bezug von Sozialleistungen soll verhindert oder laufende Sozialleistungen gemindert“ werden (vergleiche § 26 SGB IX). Die Rehabilitation soll Versicherten ermöglichen, nach akuten oder bei chronischen Erkrankungen wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren oder eine andere leidensgerechte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufzunehmen. Rehabilitationsleistungen werden unter anderem gewährt, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben krankheits- oder behinderungsbedingt erheblich gefährdet oder gemindert ist und die vorgesehene Rehabilitation geeignet erscheint, die Erwerbsfähigkeit zu sichern beziehungsweise wiederherzustellen.

Eine Ausnahme stellt die medizinische Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten dar. Sie wird auch bei abweichenden Voraussetzungen und gegebenenfalls mit anderen Zielen erbracht (siehe §§ 15 und 31 SGB VI). Eine Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung kann sich im Einzelfall von einer medizinischen Rehabilitation bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erstrecken. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen sowohl die Versorgung mit arbeitsplatzbezogenen Hilfsmitteln als auch eine berufliche Qualifizierung bis hin zur beruflichen Neuorientierung.

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.

1.1 Das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung

Erkenntnisse über die Entstehung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie die zunehmende Multimorbidität erfordern einen integrativen, interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation, der mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Gesundheit weit über eine organ- und symptombezogene Therapie hinausreicht. Als konzeptionelles Bezugssystem dient die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), an die sich auch das Rehabilitationsrecht im Sozialgesetzbuch IX anlehnt. Ein wichtiger Begriff ist die „Funktionsfähigkeit“. Danach gilt eine Person als funktionsfähig, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund

→ ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten

- (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
- und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

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 (zum Beispiel soziale Unterstützung, hohe Motivation und Leistungsbereitschaft) insbesondere auf die Teilnahme an Lebensbereichen oder negativ als Barrieren (zum Beispiel 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. Zunehmend stärker müssen arbeitsbezogene und soziale Aspekte in den Reha-Prozess einbezogen und Wege vermittelt werden, die der Problemlösung in diesen Bereichen dienen.

1.2 Sozialmedizinische Voraussetzungen

Für die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen aus sozialmedizinischer Sicht bei den Versicherten verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein.

Reha-Bedürftigkeit

Reha-Bedürftigkeit im Sinne der Deutschen Rentenversicherung ist dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist. Ob im Einzelfall Reha-Bedürftigkeit 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.

Reha-Fähigkeit

Der Begriff der Reha-Fähigkeit bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung der Versicherten als Voraussetzung für die Teilnahme an einer Rehabilitation. Die Teilnehmer sollen in der Lage sein, das gesamte Spektrum der angebotenen therapeutischen Leistungen wahrnehmen zu können. Grundsätzlich gilt, dass die Versicherten allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen und an der Rehabilitation aktiv teilnehmen können.

Indikations- und verfahrensabhängig gilt es dabei, Besonderheiten vor allem bei der Anschlussrehabilitation (AHB) angemessen zu berücksichtigen.

Positive Reha-Prognose

Das Gesetz fordert im § 10 SGB VI eine positive Reha-Prognose. Die Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, die Vermeidung oder zumindest das Hinausschieben der Berentung wegen Erwerbsminderung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden können. 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. Nach § 31 SGB VI sollte bei den betroffenen Rehabilitanden zumindest eine Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erreicht werden können.

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

Ein Teil der medizinischen Rehabilitationen wird auf der Grundlage des § 51 SGB V beantragt. Die gesetzliche Krankenversicherung kann arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, 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 (§ 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 auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gerichtet sein. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die Versicherten zwar bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sind, ihr Leistungsvermögen aber im Übrigen 6 Stunden und mehr beträgt.

Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Arbeitsförderung (§ 145 Abs. 2 SGB III). Hier kann das Jobcenter beziehungsweise die Agentur für Arbeit Versicherte, deren Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate auf weniger als 15 Stunden wöchentlich herabgesunken sein wird, auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommen Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht ihr Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage nach Ablauf der Frist bis zum Tage der (späteren) Antragstellung.

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

Reha-Nachsorge

Die Reha-Nachsorge dient der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolgs. Zurzeit umfasst die Reha-Nachsorge der Rentenversicherungsträger unterschiedliche Angebote und Programme, die nach § 15 SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 § 44 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 (zum Beispiel IRENA, T-RENA, Psy-RENA, Nachsorge für Kinder und Jugendliche, Nachsorge für Abhängigkeitskranke) möglich. Die ambulante Suchtnachsorge für Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen ist eine spezielle Nachsorgeleistung nach vorausgegangener ganztätig ambulanter oder stationärer Suchtrehabilitation. Das jeweilige Nachsorgekonzept gibt auch den Umfang und den zeitlichen Rahmen vor. Leistungen zur Nachsorge schließen in der Regel unmittelbar an eine ganz-tätig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation an. Nahtlosigkeit und Kontinuität sind wichtige Faktoren, um die Ziele der Nachsorge zu erreichen.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Als weitere Leistungen werden von den Rentenversicherungsträgern nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX ergänzende Leistungen erbracht. Hierzu zählt 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 1. Januar 2011“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Stufenweise Wiedereingliederung

Um arbeitsunfähige Rehabilitanden nach lang andauernder Krankheit an die Belastungen ihres bisherigen Arbeitsplatzes heranzuführen, kann die DRV nach § 28 SGB IX Leistungen zur stufenweisen Wiedereingliederung erbringen. Analog zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 74 SGB V) handelt es sich um Lebensunterhalt sichernde Entgelt-ersatzleistungen (Übergangsgeld) für die schrittweise Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit.

Die stufenweise Wiedereingliederung wird von der DRV im Sinne einer vollständigen und umfassenden Leistungserbringung nur im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht (Beginn innerhalb von 28 Tagen). 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 (Versicherter, Arbeitgeber, behandelnde Ärzte und Krankenkasse) 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).

2. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht

Der Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung ist ein ärztlicher Brief mit besonderer Bedeutung. Er dient der Dokumentation und Information über Behandlungsanlass, Reha-Verlauf und -Ergebnis und insbesondere der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Der Reha-Entlassungsbericht wird durch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit 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 zum Nutzen der Rehabilitanden erhöhen.

2.1 Funktion und Bedeutung

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

- **Informationsweitergabe**
Der Reha-Entlassungsbericht informiert behandelnde Ärzte, Rentenversicherungsträger und Patienten sowie gegebenenfalls andere ausgewählte Adressaten über Diagnosen, erhobene Befunde, Reha-Ziele, Verlauf, Reha-Ergebnis und gibt Hinweise zur Weiterbehandlung.
- **Sozialmedizinisches Gutachten**
Im Reha-Entlassungsbericht werden die festgestellten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit in ihren Auswirkungen auf Alltag und Beruf bewertet. Er erhält damit die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens.
- **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 über die Behandlung eines Versicherten spiegelt die Arbeitsweise der Reha-Einrichtung, deren Reha-Konzept und -Philosophie wider („Visitenkarte“) und stellt einen Baustein im Qualitätsmanagement dar.
- **Baustein für die Planung der rehabilitativen Versorgung**
Der Reha-Entlassungsbericht enthält Basisdaten für Reha-Statistiken und ist somit wichtig für reha-bezogene Analysen und Versorgungsplanungen.

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 Rehabilitanden. Sie geben 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 – auf eine knappe Formel gebracht – aus ihrer Brauchbarkeit für die Empfänger:

Gute Berichte sind klar, schlüssig, prägnant und werden zeitnah (das heißt innerhalb von zwei Wochen) nach Entlassung des Rehabilitanden aus der Einrichtung fertiggestellt. Sie zeichnen sich durch fachliche Korrektheit aus und lassen die Individualität der 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 elektronische Masken als Hilfsmittel genutzt, sollten diese lediglich unterstützend zur Darstellung wichtiger indikations-spezifischer Details eingesetzt werden. Die jeweilige Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die 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 sind zu vermeiden.

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. 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 Rehabilitanden ist vom Begriff der „Funktionsfähigkeit“ im Wechselspiel zwischen bestehenden Gesundheitsproblemen und den Kontextfaktoren im Sinne der ICF auszugehen (vergleiche Kapitel 1).

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 Verlaufsdiagnostik indiziert. Die Auswahl der einzelnen Therapieelemente der Rehabilitation sind angemessen zu gestalten und gegebenenfalls nach den Vorgaben der Reha-Therapiestandards auszurichten. Abweichungen sind medizinisch zu begründen. Eine von der behandelnden Ärztin beziehungsweise 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 Rehabilitanden vorliegende Multimorbidität ist angemessen zu berücksichtigen.

Nutzerorientierung

Hierzu zählen:

- zeitnahe Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes zur unverzüglichen Informationsübermittlung (spätestens 14 Tage nach Entlassung),
- klare Struktur, Einhalten der Gliederung dieses Leitfadens (siehe 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 gut verständlich beschrieben und mit dem individuellen Fähigkeitsprofil in Beziehung gesetzt werden. Hieraus werden klare Aussagen zur Beurteilung der qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit folgerichtig abgeleitet. Eine sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ist nachvollziehbar darzustellen, da sie als Handlungsgrundlage für die berufliche Reintegration beziehungsweise weitere Leistungen dient.

Um die Vorschläge für nachfolgende Leistungen (zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) 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 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 Routinedaten, aber auch unmittelbar vor Ort im Rahmen von Visitationen bewerten.

Der Reha-Entlassungsbericht ist bei Verfahren der externen Reha-Qualitätssicherung für eine Vielzahl von Analysen von zentraler Bedeutung. Die Auswertungen schließen in der Regel einen Vergleich mit Reha-Einrichtungen der gleichen Fachrichtung ein. Die einrichtungsbezogenen Reha-Qualitätssicherungsberichte werden regelmäßig zu folgenden Qualitätssicherungsverfahren erstellt:

Rehabilitandenbefragung

Qualität aus Sicht der Rehabilitanden: 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-Datenbasis (RSD) die Dokumentationsgrundlage dieser Kontrollvariablen wie beispielsweise Anzahl der Diagnosen, psychische Komorbidität, Reha-Dauer oder Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation dar.

Peer Review

Beurteilung des Reha-Prozesses aus Expertensicht: Alle qualitätsrelevanten Aspekte eines individuellen Reha-Verlaufs werden auf der Basis des Reha-Entlassungsberichtes einschließlich des Therapieplans von Ärztinnen und Ärzten anderer Einrichtungen beurteilt. Auf der Basis einer Stichprobe von Reha-Entlassungsberichten ist eine einrichtungsvergleichende Bewertung der Reha-Prozesse möglich.

Therapeutische Versorgung (KTL)

Die auf Blatt 1b des Reha-Entlassungsberichtes dokumentierten therapeutischen 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.

Reha-Therapiestandards

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

Sozialmedizinischer Verlauf

Ausgehend von Daten auf Blatt 1 beziehungsweise 1a des Reha-Entlassungsberichtes und weiterer Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (Reha-Statistik-Datenbasis, RSD) wird der sozialmedizinische Verlauf pflichtversicherter Rehabilitanden zwei Jahre nach der Rehabilitation dargestellt. Es ergeben sich hieraus Hinweise zum Reha-Ergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) und Tod aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Rehabilitandenstruktur

Informationen zu krankheitsbezogenen Merkmalen, Blatt 1 beziehungsweise 1a des Reha-Entlassungsberichtes (zum Beispiel Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) und Informationen zu soziodemographischen Merkmalen (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, der therapeutischen Versorgung (KTL) 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 der Homepage unter www.deutsche-rentenversicherung.de 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 (vergleiche Kapitel 3)
- Blatt 1a:** Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (vergleiche Kapitel 4)
- Blatt 1a-2:** Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise – Fortsetzung (optional)
- Blatt 1b:** Dokumentation therapeutischer Leistungen (vergleiche Kapitel 5)
- Blatt 2 ff.:** Textteil in freier Form nach vorgegebener Gliederung (vergleiche Kapitel 6)

Ein vollständiger Reha-Entlassungsbericht ist vorgesehen für:

- den jeweiligen Rentenversicherungsträger,
- die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt,
- die Reha-Einrichtung.

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 Rehabilitanden.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben das Recht, den Reha-Entlassungsbericht einzusehen und auf Wunsch auch ausgehändigt zu bekommen. Sie sollten dementsprechend informiert werden.

Für die Übermittlung des Reha-Entlassungsberichtes an die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt ist hingegen die Einwilligung der Rehabilitanden erforderlich. Die Einwilligung muss mit dem Formblatt G820 von der Reha-Einrichtung eingeholt werden.

Eine wirksame Einwilligungserklärung setzt voraus, dass die oder der Einwilligende über die Bedeutung ihrer beziehungsweise seiner Erklärung aufgeklärt ist. Daher muss die Einwilligung erst am Ende der Rehabilitation eingeholt werden, weil die Einwilligenden erst dann einen Überblick über Inhalt und Umfang der zu übermittelnden Daten erhalten können.

In gleicher Ausfertigung wie für die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt kann der Reha-Entlassungsbericht auch an den zuständigen betriebs-/personalärztlichen Dienst übersandt werden, wenn die Rehabilitanden hierzu ihre ausdrückliche Einwilligung erklärt haben. Die gesetzliche Krankenkasse, bei der eine Rehabilitandin beziehungsweise ein Rehabilitand krankenversichert ist, und der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) können nur auf besondere Anforderung und mit Einwilligung der Rehabilitanden Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes er-

halten. Eine routinemäßige Übersendung darf entsprechend nicht erfolgen. Die gesetzliche Krankenkasse oder der MDK müssen in ihrer Anfrage bestätigen, dass ihnen eine entsprechende Einwilligung des Rehabilitanden vorliegt. Die Einwilligung selbst muss nicht vorgelegt werden. Die Einwilligung ist nicht von der Reha-Einrichtung oder der Deutschen Rentenversicherung einzuholen. Gleiches gilt, wenn der MDK um Übersendung eines vollständigen Reha-Entlassungsberichtes bittet. Sollten gesetzliche Krankenkassen den ärztlichen Entlassungsbericht für den MDK anfordern, kann die Übersendung nur direkt an den MDK oder aber in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK erfolgen. Eine Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes an gesetzliche Krankenkassen für deren eigene Zwecke ist auch mit Einwilligung des Rehabilitanden ausgeschlossen.

An private Krankenversicherungen ist eine Übersendung des vollständigen Reha-Entlassungsberichtes nach Vorlage einer aktuellen Einwilligungserklärung der Rehabilitanden zulässig.

Name und Anschrift des Empfängers sowie die Absendung des Reha-Entlassungsberichtes müssen mit Angabe des Datums dokumentiert werden.

Für die Rentenversicherungsträger hat der Reha-Entlassungsbericht den Stellenwert eines sozialmedizinischen Gutachtens. Die standardisierten Angaben werden EDV-technisch aufbereitet und über einige Jahre im Versicherungskonto gespeichert. Sie stehen als anamnestiche Daten für die individuelle Betreuung der Rehabilitanden zur Verfügung und unterstützen eine bedarfsgerechte Planung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe.

Verwenden Sie für 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).

2.5 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 (zum Beispiel 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 beziehungsweise 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 (zum Beispiel Blatt 2.1).

Folgende Merkmale müssen immer einen Eintrag enthalten:

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

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

Blatt 1a: Name, Vorname, Geburtsdatum 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, 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 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 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 große Menge 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 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 sie, 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 (zum Beispiel im AHB-Verfahren), wird anstelle der vollständigen Versicherungsnummer das Geburtsdatum sechstellig in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ) eingetragen.

Patient

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

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

Versicherter

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															

Angehörige

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 gegebenenfalls 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

Einzutragen sind der vollständige Name und die Adresse der Reha-Einrichtung, gegebenenfalls mit Angabe der Fachabteilung.

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 analog zum Fachabteilungsschlüssel der Bundespflegesatzverordnung (siehe Anhang II). Bei nur einer Fachrichtung gilt die Abt.-NR für die gesamte Reha-Einrichtung. „0000“ steht für Reha-Einrichtungen ohne Zuordnung zu einem spezifischen Fachgebiet. Bei unbekannter Abt.-NR wird „9999“ dokumentiert. Aktuelle Informationen finden sich im Internet unter www.fachabteilungsschlüssel-drk.de. Darüber hinaus geben der federführende Rentenversicherungsträger oder der Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund 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 des Rehabilitanden in der Einrichtung in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ).

Aufnahmedatum					
0	6	0	6	0	6

Entlassungsdatum					
2	0	0	6	0	6

Art der Durchführung

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

Art der Durchführung	
1	= stationär
2	= ganztägig ambulant
3	= ambulant

Besondere Behandlungsformen

Eingetragen wird eine besondere Behandlungsform (entsprechend der Absprache zwischen der Verwaltung der Deutschen Rentenversicherung und der Reha-Einrichtung) oder dass keine besondere Behandlungsform erfolgte (= 0). MBOR = medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, VOR = verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Wird beides durchgeführt, wird die Kategorie „MBOR und VOR“ gewählt.

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. Daher muss sie möglichst exakt das vorliegende Krankheitsbild benennen und einem Diagnoseschlüssel zugeordnet werden. Die in Blatt 1 aufgeführten Diagnosen sind unverzichtbare Basisinformationen.

Im Blatt 1 sind von insgesamt sechs Textfeldern fünf mit dazugehörigen Merkmalfeldern für die Verschlüsselung nach ICD-10-GM vorgesehen. 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.

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 (sogenannte Ca-Maßnahmen), Abhängigkeitserkrankungen (Entwöhnungsbehandlungen) sowie Anschlussrehabilitationen (AHB). Hier wird an erster Stelle obligatorisch die Tumordiagnose, die Suchtdiagnose beziehungsweise die AHB-Indikation genannt und verschlüsselt, auch wenn mit diesen Erkrankungen keine wesentliche Funktionseinschränkung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit verbunden ist.

Diagnosetext

Nicht die Diagnose, sondern Folgen von Krankheit und Behinderung für Aktivitäten und Teilhabe sind bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit maßgebend. Die krankheits- oder behinderungsbedingten Funktionsstörungen werden einer Diagnose zugeordnet, so dass aus der defizitorientierten klinischen Diagnose eine Funktionsdiagnose entsteht. Die Umstellung von der klinischen Diagnose zur Funktionsdiagnose markiert Änderungen der Sichtweise und Auffassung von Krankheit und Behinderung, wie sie auch in dem bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit anzutreffen ist. Die Funktionsdiagnose unterstreicht, dass der Mensch rehabilitiert wurde und nicht eine Krankheit. Funktionsbezogene Diagnosen sollten durch eine möglichst laienverständliche Beschreibung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen auch für die 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 2011“. Auch die Diagnose „Z. n. Nukleotomie L3/L4 mit belastungsabhängigen Schmerzen“ kann besser durch die klinische Diagnose „Postnukleotomiesyndrom nach mikrochirurgischer Nukleotomie der Bandscheibe zwischen LWK3/LWK4 mit belastungsabhängigen ausstrahlenden Schmerzen“ umschrieben werden.

Da nicht die Diagnose, sondern die funktionellen Einschränkungen sozialmedizinisch bewertet werden, sollte darauf geachtet werden, die klinische Diagnose um eine funktionelle Komponente zu erweitern. Es sollte auch deutlich werden, wenn keine Funktionseinschränkung vorhanden ist.

Beispiele

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

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

Zurückliegende Erkrankungen, Unfälle oder operative Eingriffe ohne gesundheitliche Folgen, die den augenblicklichen Gesundheitszustand nicht mehr beeinträchtigen (zum Beispiel 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 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 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 ausschließen. Fachspezifische Abkürzungen sind zu vermeiden.

Diagnosenschlüssel

Der Diagnosenschlüssel 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“ und

zwar immer mit der aktuell gültigen Version. Derzeit ist die 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) verbindlich.

Mit der Einführung der ICD-10-GM ist eine dreistellige Codierung nur dann erlaubt, wenn die tiefere Differenzierung im Schlüsselverzeichnis nicht vorgesehen ist, das heißt nur die dreistelligen Kategorien definiert sind (siehe C01 Bösartige Neubildung des Zungengrundes).

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 (zum Beispiel M161) produzieren eine offene fünfte Stelle. Eine Auffüllung mit anderen Zeichen ist nicht zugelassen.

Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung wird die Diagnoseschlüsselung einerseits auf plausible Werte (existierende beziehungsweise zulässige Schlüsselnummern) und andererseits auf korrekte Verschlüsselung (zum Beispiel 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 zum Beispiel keinen Sinn ergibt, wird diese Position auch nicht ausgefüllt (blank).

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

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		Seitenlokati.	Diagn. Sicherh.
Rez. schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Fingergelenke bei seronegativer rheumatoider Arthritis (Verdacht)		B	V
M	0 6 0		

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.

	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 beziehungsweise 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 wird eine Rehabilitandin beziehungsweise ein Rehabilitand aus medizinischen Gründen entlassen, wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgversprechend ist.

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

Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bedeutet, dass die Rehabilitandin beziehungsweise 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 berechnigte Interessen oder Rechte Dritter erheblich beeinträchtigen.

Verlegt werden Rehabilitanden in eine andere Reha-Einrichtung oder in ein Krankenhaus.

Der Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, 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.

	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 Rehabilitanden werden unter der Personengruppe verschlüsselt, der sie zuzuordnen sind.

	Arbeitsfähigkeit
0	= Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1	= arbeitsfähig
3	= arbeitsunfähig
4	= Kinder-Reha
5	= Hausfrau/Hausmann
9	= Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

Der Schlüssel „0“ bleibt den seltenen Fällen vorbehalten, in denen der Rehabilitand die Einrichtung so frühzeitig verlässt, dass nicht einmal eine Aufnahmeuntersuchung erfolgen konnte oder die Rehabilitandin beziehungsweise 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.

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.

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 beziehungsweise die Rehabilitandin arbeitsunfähig war.

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 beziehungsweise 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 ☐ Diagnostische Klärung ☐ Stationäre Behandlung / OP ☐ Psychol. Beratung / Psychotherapie ☐ Kontrollia Laborwerte / Medikamente ☐ Suchtberatung ☐ Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	Rentenversicherung ☐ stufenweise Wiedereingliederung ☐ Rehabilitations-sport ☐ Reha-Nachsorge ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen ☐ Funktions-training	Patienten ☐ Selbsthilfegruppe ☐ Sonstige Empfehlung
---	--	--

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 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 steigern lässt,
- Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

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 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 setzt in der Regel eine Leistungsbeurteilung von weniger als 6 Stunden für die letzte beziehungsweise derzeit ausgeübte und von 6 Stunden und mehr für den allgemeinen Arbeitsmarkt voraus. Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen mit den Ergebnissen der Reha-Fachberatung abgestimmt werden.

3.7 Unterschriften, Datum

Unterschriften

Es sind bis zu drei Unterschriften möglich. Die Unterschrift der Leitenden Ärztin oder des Leitenden Arztes beziehungsweise der Chefärztin oder des Chefarztes sind unbedingt erforderlich.

Unterschriftsdatum

Eingetragen wird das Unterschriftsdatum beziehungsweise bei elektronischer Datenübermittlung das Datum der Freigabe in der Reihenfolge Tag, Monat, Jahr (TTMMJJ).

Unterschriftsdatum					
0	6	0	6	0	6

4. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise (Blatt 1a)

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und des Reha-Entlassungsberichtes. Die Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation, wie sie sich in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit 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 (mehr als sechs Monate) die Versicherten bei der Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit behindern.

In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung wird das Leistungsvermögen im Erwerbsleben nach quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten unterschieden.

Das **qualitative Leistungsvermögen** ist die Zusammenfassung der festgestellten Fähigkeiten und der bestehenden Einschränkungen. Betrachtet werden einerseits die festgestellten Ressourcen im Hinblick auf die noch zumutbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation (positives qualitatives Leistungsvermögen). Andererseits werden die Fähigkeiten berücksichtigt, die krankheits- oder behinderungsbedingt – auch infolge verminderter psychischer Belastbarkeit – nicht mehr bestehen beziehungsweise wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung nicht mehr zu verwerten sind (negatives qualitatives Leistungsvermögen).

Das **quantitative Leistungsvermögen** gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter den festgestellten/beurteilten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, das heißt zumutbar ist. Die Angabe erfolgt in drei möglichen Kategorien: 6 Stunden und mehr, 3 bis unter 6 Stunden, unter 3 Stunden arbeitstäglich. Angaben sind erforderlich für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit (gemäß A auf Blatt 1a) und den allgemeinen Arbeitsmarkt (gemäß B3 auf Blatt 1a).

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben muss wegen der sozialrechtlichen und persönlichen Konsequenzen für die Versicherten sorgfältig abgewogen werden. So kann beispielsweise die Einstufung der quantitativen Leistungsfähigkeit auf 3 bis unter 6 Stunden zunächst zu einer teilweisen Erwerbsminderungsrente 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, soweit nicht bereits Erwerbsminderung im rentenrechtlichen Sinne besteht.

Abgrenzung Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen im Erwerbsleben

Erfahrungsgemäß entstehen bei der begrifflichen Abgrenzung von Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und Arbeitsfähigkeit vor allem dann Probleme, wenn arbeitsunfähige Versicherte sozialmedizinisch beurteilt werden. Arbeitsunfähigkeit ist nicht gleichzustellen mit anhaltender Einschränkung der allgemeinen beziehungsweise beruflichen Leistungsfähigkeit. Arbeitsunfähigkeit ist immer befristet und steht als krankensicherungsrechtlicher Terminus begrifflich in Beziehung zur ausgeübten Tätigkeit beziehungsweise einer zumutbaren Tätigkeit. Sie ist keinesfalls identisch mit dem rentenrechtlichen Status der Erwerbsminderung.

4.2 Wer muss beurteilt werden?

Die Beurteilung des Leistungsvermögens ist grundsätzlich bei allen Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter erforderlich, auch wenn die Versicherten eine der folgenden Renten beziehen:

- Rente wegen voller Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit (EU),
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung,
- Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit (BU),
- Rente wegen BU/EU oder verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau,
- große Witwen-/Witwerrente wegen BU/EU beziehungsweise 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 beziehungsweise des Rehabilitanden beurteilt.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit			
Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	☐ Beschäftigung besteht		
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ unter 3 Stunden

Bezeichnung der Tätigkeit

In diesem Feld wird die Bezeichnung der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit angegeben. 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 gering-

füßige Beschäftigung anzusehen ist (im Regelfall nicht Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, sogenannte Ein-Euro-Jobs oder Praktika). Versicherungspflichtige geringfügig entlohnte Beschäftigungen (450-Euro-Minijobs) sind als Bezugstätigkeit zu betrachten, wenn sie nicht nur vorübergehend ausgeübt werden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ist unabhängig vom erlernten Beruf.

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 Sozialhilfe, Erwerbsminderungsrenten oder BU/EU-Renten.

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 oder auch
- 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 beziehungsweise 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 der Leistungsfähigkeit der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden in Bezug zu diesen Anforderungen erfolgen.

Auch die Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann, bezieht sich ausschließlich auf den letzten Arbeitsplatz. Es darf nur ein Feld angekreuzt werden.

Da stets der maximale zeitliche Rahmen angegeben werden muss, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann, werden teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer unabhängig vom aktuellen Tätigkeitsumfang in ihrer Leistungsfähigkeit bewertet. So kann zum Beispiel eine Sprachtherapeutin, die aus familiären Gründen halbtags arbeitet, durchaus als 6 Stunden und mehr einsatzfähig zu beurteilen sein (siehe auch 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 zum Beispiel bei Entlassung nach im Prinzip erfolgreicher Rehabilitation noch Arbeitsunfähigkeit vor (die begründet werden muss) und ist davon auszugehen, dass wieder Arbeitsfähigkeit eintritt, so ist der Rehabilitand für die letzte berufliche Tätigkeit als voll leistungsfähig zu beurteilen. Dieser Sachverhalt gilt auch für interkurrente Erkrankungen oder Schädigungsereignisse. So bleibt zum Beispiel die berufliche Leistungsfähigkeit 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 nicht gleichbedeutend mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im rentenrechtlichen Sinn. Letztere liegt nur dann vor, wenn die Leistungsminderung so gravierend ist und so lange andauert, dass Erwerbsminderung anzunehmen ist (mindestens 26 Wochen).

4.4 Abschnitt B: Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

In Abschnitt B des Blatts 1a werden das positive und das negative Leistungsvermögen der Rehabilitandin beziehungsweise 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				☐	schwere Arbeiten		☐	mittelschwere		☐	leichte bis mittelschwere		☐	leichte					
Arbeitshaltung im Stehen				im Gehen				im Sitzen				Rollstuhlpflicht							
☐	ständig	☐	überwiegend	☐	zeitweise	☐	ständig	☐	überwiegend	☐	zeitweise	☐	ständig	☐	überwiegend	☐	zeitweise	☐	Rollstuhlpflicht
Arbeitsorganisation				☐	Tagesschicht				☐	Früh- / Spätschicht				☐	Nachtschicht				

Das positive Leistungsvermögen (B1) bezieht sich nicht auf das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, sondern beschreibt ganz allgemein die der Rehabilitandin beziehungsweise 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, angegeben, die für den längsten Zeitraum zumutbar ist. Die körperliche Arbeitsschwere bezeichnet bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit 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 (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe.

Arbeitsschwere nach REFA

- **Leichte Arbeit:** Tätigkeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge, Tragen von weniger als 10 kg, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen und lange dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen (bei Dauerbelastung). Es können auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein.
- **Leichte bis mittelschwere Arbeit:** Bei leichter bis mittelschwerer Arbeit ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.
- **Mittelschwere Arbeit:** Tätigkeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkgehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern (bei Dauerbelastung), 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 auch bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder zweimal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein.
- **Schwere Arbeit:** 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, können als schwere Arbeit eingestuft werden.

Beispiel: Wird angegeben, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit (Handhaben leichter beziehungsweise 1 bis 3 kg schwerkgehender Steuergeräte und Tragen von weniger als 10 kg beziehungsweise 10 bis 15 kg) für 3 bis unter 6 Stunden zumutbar 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.

Angekreuzt werden Bereiche, denen nachhaltige, im Arbeitsprozess relevante funktionelle Beeinträchtigungen zuzuordnen sind. Dabei schließen leichte Arbeiten (Handhaben leichter Werkstücke und Werkzeuge, 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 (bis zu 5 % der Arbeitszeit oder zweimal pro Stunde) Heben und Tragen mittelschwerer Lasten – 10 bis 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 (Ankreuzfelder) zur Arbeitshaltung (Stehen, Gehen, Sitzen) mit den Auswahlmöglichkeiten „ständig“ (mehr als 90 % der Arbeitszeit), „überwiegend“ (51 % bis 90 % der Arbeitszeit) und „zeitweise“ (bis zu 10 % der Arbeitszeit). Der angegebene Zeitrahmen muss durch diese Beschreibung der Arbeitshaltung ausgeschöpft sein.

Wird das Feld Rollstuhlpflicht angekreuzt, erfolgt die Beurteilung zur Arbeitshaltung soweit möglich:

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 Mindestarbeitszeit von 6 Stunden muss mindestens eine Arbeitshaltung mit „ständig“ oder „überwiegend“ eingeschätzt werden. Dies liegt daran, dass die dreifache Angabe „zeitweise“ lediglich einen Zeitrahmen von 30 % abdeckt.

Die letzten Angaben zum positiven Leistungsvermögen definieren die Arbeitsorganisation (Tageschicht, Früh-/Spätschicht, 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 (www.sozialmedizin-glossar-dr.de). 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 ist zu bedenken, 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 Wegefähigkeit.

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

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

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

- psychomentele Funktionen im Hinblick auf die geistig/psychische Belastbarkeit, insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, 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, kardi-ale Belastbarkeit, Treppensteigen
- sowie sonstige Einschränkungen.

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

3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 zeitlich geringerem 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. 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 beruht (Betrachtung im Längs- und im Querschnitt).

Für die Beurteilung des Leistungsvermögens sollten die Leitlinien der DRV Bund – sofern vorliegend – beachtet werden (www.sozialmedizin-begutachtung-drv.de).

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 sollten jedoch nur hinreichend begründete Leistungseinschränkungen berücksichtigt werden.

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/des Beurteilenden 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 bspw. Fachgutachten, bestimmte Teilhabeleistungen).

Eine Bewertung/ Einordnung von vorliegenden Ko-Morbiditäten anderer Fachgebiete sollte möglichst 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.

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 werden 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 – soweit bekannt - 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 (innerhalb von längstens sechs Monaten) eine Verbesserung des Leistungsvermögens zu erwarten, so muss eine Darstellung des zu erwartenden Leistungsvermögens erkennbar sein.

Die bloße Feststellung, 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 qualitativ-quantitativen Leistungsvermögens, gegebenenfalls unter Beachtung weiterer rechtsrelevanter Fakten (versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Berufsschutz, Verweisbarkeit, Selbständigkeit, erhaltener Arbeitsplatz, Verdienstlage und Ähnliches). Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen mit den Ergebnissen der Reha-Fachberatung abgestimmt werden. Ergänzend sollte auf Sonderbedingungen hingewiesen werden, zum Beispiel 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, kann eine Beurteilung des negativen Leistungsvermögens auf Blatt 1a sinnvoll sein. Die sozialmedizinische Epikrise wird hier unter der Berücksichtigung alltagsrelevanter Kontextfaktoren und eventueller Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe formuliert. Es sollten hier Hinweise enthalten sein, in welchem Umfang und in welcher Richtung eine Beratung zur Berufswahl erfolgt ist. Auch sollte zu Schul- und Gruppenfähigkeit Stellung genommen werden.

Bei jüngeren Kindern sind Angaben auf Blatt 1a nicht erforderlich. Hier sollte eine Einschätzung hinsichtlich Schulfähigkeit und Gruppenfähigkeit im Freitext auf Blatt 2 erfolgen.

4.6 Umgang mit Diskrepanzen in der sozialmedizinischen Einschätzung des Leistungsvermögens

Der ärztliche Entlassungsbericht gibt die Auffassung der Ärztin beziehungsweise des Arztes wieder, die beziehungsweise der den Brief verfasst. Sollte die betroffene Rehabilitandin beziehungsweise der betroffene Rehabilitand das eigene Leistungsvermögen anders einschätzen, so muss dies dokumentiert werden.

Wichtig ist dies insbesondere dann, wenn nach sozialmedizinischer Überzeugung 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 Rehabilitanden später einen entsprechenden Leistungsantrag stellen und die Einschätzung des Leistungsvermögens vom Sozialmedizinischen Dienst übernommen wird.

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 (zum Beispiel Berufsgruppe, Gruppengröße, Frequenz) 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 als Behandlungszeit im Sinne der Rehabilitanden-Therapeuten-Bindung und integriert auch geringfügige, gegebenenfalls individuell erforderliche Vor- und Nachbereitungszeiten stets als strukturell gegebene Voraussetzungen 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 Art, Dauer und Anzahl aller therapeutischen Leistungen, die im Verlauf der Rehabilitation tatsächlich durchgeführt wurden. 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 und Blatt 1b.3). Mehr als drei Seiten sind nicht vorgesehen.

Für die Dokumentation der erbrachten therapeutischen Leistungen sind ausschließlich die vierstelligen KTL-Dokumentationscodes zu verwenden. Neben dem vierstelligen Code ist zusätzlich jeweils die tatsächliche Dauer der erbrachten Leistung mit einem Großbuchstaben zu dokumentieren.

KTL-Dokumentationsbeispiel:

Ein Rehabilitand erhält drei Leistungseinheiten eines Muskelkrafttrainings an Krafttrainingsgeräten à 30 Minuten.

Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe	KTL-Code				Dauer	Anzahl
	A	5	6	1	F	0 3

Codierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

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

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 weitergehende Analysen zum Beispiel bei der Diskussion um evidenzbasierte Therapieanforderungen zu nutzen.

Weitere ausführliche Informationen zu Aufbau und Struktur der aktuellen KTL, Erläuterung der Qualitätsmerkmale, Dokumentationshinweisen und Codierungsbeispielen sind der KTL-Broschüre zu entnehmen.

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

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

- 1.1 Jetzige Beschwerden
- 1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)
- 1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle
- 1.4 Biographische Anamnese (bei psychischen Störungen)
- 1.5 Vegetative Anamnese

2. Sozialmedizinische Anamnese

- 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation

- 3.1 Allgemeiner körperlicher Befund
- 3.2 Allgemeiner psychischer Befund
- 3.3 Fachspezifischer Befund
- 3.4 Diagnostik

4. Reha-Prozess und -Ergebnis

- 4.1 Individuelle Reha-Ziele
- 4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs
- 4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

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.

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 beziehungsweise 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.

Im folgenden Text werden die erwarteten Inhalte der Gliederungspunkte ausführlich erläutert.

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 beziehungsweise des Rehabilitanden und gegebenenfalls 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.

1.1 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 erwartet im Hinblick zum Beispiel auf Art der Beschwerden, Lokalisation, Intensität, Dauer, Frequenz, Reproduzierbarkeit, und Belastungsabhängigkeit.

Die zu Beginn der Behandlung bestehenden Beschwerden und funktionellen Einschränkungen sind der Bezugspunkt für die Beurteilung des subjektiven Behandlungserfolges am Ende der Rehabilitation.

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

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

Relevante Fragen, die beantwortet werden sollen, können sein:

- 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 (Art, Lokalisation, Häufigkeit, Beginn und Dauer, Auslöser) – gegebenenfalls auf der Grundlage eines Schmerztagebuchs.

1.3 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 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 (zum Beispiel Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämien, Störungen durch psychotrope Substanzen), sofern nicht bereits bei den Erkrankungen genannt. **Eine Familienanamnese ist in der Regel nicht erforderlich.**

1.4 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 Suchtanamnese und Vorbereitung auf die Rehabilitation bei Abhängigkeitskranken,
- Krankheitsverständnis.

1.5 Vegetative Anamnese

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

2. Sozialmedizinische Anamnese

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

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, weil 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, Alter der Kinder (insgesamt und im Haushalt lebend),
- Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung (zum Beispiel eigener Haushalt/Alten- beziehungsweise Pflegeheim, ambulante Pflege),
- soziale Situation (soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld, wie zum Beispiel Pflege von Angehörigen),
- Belastungen (zum Beispiel kritische Lebensereignisse, chronische Konflikte),
- finanzielle Situation,
- Freizeitverhalten,
- Risikoverhalten (zum Beispiel Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung, mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben oder gesundheitsgefährdender Sport).

Beispiele:

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

Sozialversicherungsrechtlicher Status

Ferner soll hier der derzeitige Erwerbsstatus (zum Beispiel erwerbstätig, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Hausfrau beziehungsweise Hausmann, Erwerbsminderungs- oder Altersrentner) deutlich werden. Genannt werden sollten auch laufende Sozialleistungsanträge, insbesondere Anträge auf berufliche Rehabilitation oder Rente wegen Erwerbsminderung, MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), GdB (Grad der Behinderung) beziehungsweise GdB-Anerkennung, Pflegestufen und gegebenenfalls laufende Sozialgerichtsverfahren.

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

Eine sorgfältige Arbeitsanamnese ermöglicht es, zum Abschluss der Rehabilitation die Fähigkeitsprofile der 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, gegebenenfalls Dauer der Betriebszugehörigkeit),
- einen krankheitsbedingten Arbeitsplatzwechsel, eine Arbeitszeiteinschränkung, eine Umschulung,
- die jetzige berufliche Stellung, gegebenenfalls 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 (zum Beispiel 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, ein- bis zweimal pro Stunde/Tag,
- 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, gegebenenfalls derzeitige Arbeitsunfähigkeit mit Angabe der Diagnose und des Beginns.

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 schwer aus Sicht des Rehabilitanden? Liegen psychosoziale oder emotionale Belastungen vor?

Unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren müssen die Beeinträchtigungen der Aktivitäten einerseits und der Teilhabe andererseits verständlich sein (vergleiche Kapitel 1.1). 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 (Kompensation von Beeinträchtigungen) müssen ebenfalls aufgeführt werden.

Beispiele für Aktivitätseinschränkungen:

- Beeinträchtigungen der Mobilität (beispielsweise 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 (zum Beispiel Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen),
- Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel 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 (zum Beispiel Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben),
- Beeinträchtigungen der adäquaten Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (zum Beispiel formelle Beziehungen, Familie, Freundeskreis und intime Beziehungen),

- Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, zum Beispiel Teilnahme am Vereinsleben).

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.

3.1 Allgemeiner körperlicher Befund

Unabhängig von der Indikation muss hier die medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung (zum Beispiel Größe, Gewicht, Blutdruck, Körperhaltung, Haut, Reflexe) knapp dargestellt werden. Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig dargestellt werden.

3.2 Allgemeiner psychischer Befund

Zum Aufnahmebefund gehört auch die Dokumentation des orientierenden psychischen Befundes. Normalbefunde sollten zusammengefasst und stichwortartig dargestellt werden.

Eine Arbeitshilfe zur Erhebung und Beschreibung des mentalen Status findet sich im Anhang 1.

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.

3.4 Diagnostik

An dieser Stelle sollen Befunde nachvollziehbar dargestellt 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 beziehungsweise beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten sowie deren Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen. Die Diagnostik zugrunde liegender Erkrankungen sollte bereits vor der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein, um die rehabilitative Behandlung möglichst rasch und zielgerichtet zu beginnen. 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 zur Beeinträchtigungen der Fähigkeiten des Rehabilitanden zum Beispiel hinsichtlich der Ausdauer, häuslicher Selbstversorgung, (fein-)motorischer Fähigkeiten oder auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen und/oder mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen beruflicher Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld (zum Beispiel ergotherapeutisches Assessment). Hierbei handelt es sich 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 zum Beispiel 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 (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 der Zielgruppen dienen, die von einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) profitieren können. Die genannten Aspekte treten in der Regel kumulativ auf.

Gegebenenfalls sind auch eine psychosomatische Diagnostik und testpsychologische Zusatzuntersuchungen erforderlich – zum Beispiel bei psychosozialer oder psychosomatischer Auffälligkeit in der Anamnese. In diesem Fall müssen die Art der eingesetzten diagnostischen Verfahren und deren Ergebnis beschrieben werden.

Für die onkologische Rehabilitation sind der histomorphologische Befund, der Malignitätsgrad, der Rezeptorenstatus, die Stadieneinteilung und die Tumorausbreitung nach der TNM-Klassifikation unverzichtbar.

4. Reha-Prozess und -Ergebnis

In diesem Abschnitt sollen der klinische Verlauf und das erzielte Ergebnis dargestellt werden.

4.1 Individuelle Reha-Ziele

Die Reha-Ziele müssen gemeinsam mit der Rehabilitandin beziehungsweise dem Rehabilitanden abgestimmt werden (partizipative Entscheidungsfindung). Bestehen Diskrepanzen zwischen den Zielvorstellungen von Reha-Team und 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, 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 – Marktplatz: 600 Meter)“.

Wesentlich ist die Formulierung realistischer Einzelziele, bei denen die Fähigkeiten und Stärken der Rehabilitandin beziehungsweise des Rehabilitanden einbezogen werden sollten. Sie müssen in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar sein.

Die Reha-Ziele sollen eindeutig formuliert werden. Es wird erwartet, dass keine Behandlungsaufgaben als Ziele genannt werden und dass die Ziele ausreichend spezifisch und keine Globalziele sind. So ist zum Beispiel „Stabilisierung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben“ kein hinreichend konkretes Reha-Ziel. Die übergeordneten Ziele der Rehabilitation der Rentenversicherung (vergleiche Kapitel 1) müssen nicht zusätzlich erläutert werden. Weitere Informationen zum Thema finden sich im „Arbeitsbuch Reha-Ziele“, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung unter www.reha-konzepte-drv.de erhältlich ist.

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:

- Motivation oder 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.

4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

Entscheidend ist eine zusammenfassende Bewertung des Reha-Verlaufs. Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells 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 (zum Beispiel Laborwerte, Gelenkbeweglichkeit, Abschlussergometrie); gegebenenfalls testpsychologischer Befund bei Entlassung.
- Darstellung und Bewertung der bis zum Ende der Rehabilitation objektiv erzielten und subjektiv wahrgenommenen Veränderungen von Funktionen und Fähigkeiten (zum Beispiel 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 des Rehabilitanden zum Ergebnis und zu den erreichten Therapiezielen.

- Diskrepanzen bei der Bewertung der erreichten Therapieziele mit dem Rehabilitanden sind zu erläutern und zu bewerten.
- Inhaltliche Verknüpfung von Reha-Anlass (zum Beispiel bei Verfahren nach § 51 SGB V) und Reha-Verlauf. Gegebenenfalls Angaben, warum Vorschläge des niedergelassenen Behandlers zur Therapie nicht übernommen oder die Behandlung verändert wurde.
- Diskussion von Diskrepanzen zwischen extern erhobenen Vorbefunden (Reha-Gutachten beziehungsweise AHB- oder sonstige Befundberichte), Aufnahme- oder Abschlussbefund sowie rehabilitandenseitiger Einschätzung.

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

In diesem Gliederungspunkt geht es um Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation (vergleiche Kapitel 1). Diese wenden sich an weiterbehandelnde Ärzte beziehungsweise 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.

Reha-Nachsorge

Werden Reha-Nachsorge beziehungsweise 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

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

Die Aktivitäten der Selbsthilfe(-gruppen) 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.

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 häufigere 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 ihrer Leistungsfähigkeit 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 in (ständigem) 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			☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 ☐ schwere Arbeiten ☒ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Gehen ☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Sitzen ☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☒ Tagesschicht ☒ Früh- / Spätschicht ☒ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentale Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☒ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ 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 Typ 2-Diabetes mellitus 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 sozialversicherungspflichtigen 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			☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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	☐ schwere Arbeiten	☐ mittelschwere	☒ leichte bis mittelschwere
	Arbeitshaltung im Stehen	☒ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
	im Gehen	☒ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
	im Sitzen	☒ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise
	Arbeitsorganisation	☒ Tagesschicht	☒ Früh- / Spätschicht	☐ Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
	☐ psychomentele Funktionen	☐ Sinnesfunktionen	☐ bewegungsbezogene Funktionen	☐ kardio-pulmonale Funktionen
	☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			☐ sonstige
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.			
	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 – zum Beispiel eine Radiusfraktur oder einen grippalen Infekt – gelten.

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	Bürokauffrau in einer Exportfirma			☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☒ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Gehen ☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Sitzen ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☒ Tagesschicht ☒ Früh- / Spätschicht ☒ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☒ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.			
☒ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ 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, das sich auf umfassend erhobene Funktionsparameter gründet. Die entgegenstehende Selbsteinschätzung des Versicherten mit seiner erklärten Absicht, nach Abschluss der Rehabilitation seine Berufstätigkeit wiederaufzunehmen, 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)	☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden	☒ 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 ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Gehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Sitzen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☐ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☒ 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 Postnukleotomiesyndrom 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			☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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		☐ schwere Arbeiten	☐ mittelschwere	☒ leichte bis mittelschwere
Arbeitshaltung im Stehen		im Gehen		im Sitzen
☐ ständig	☒ über-wiegend	☐ zeitweise	☐ ständig	☒ über-wiegend
☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation		☒ Tagesschicht	☒ Früh- / Spätschicht	☒ Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen		☐ Sinnesfunktionen	☒ bewegungsbezogene Funktionen	☐ kardio-pulmonale Funktionen
☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren		☐ sonstige		
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.		☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden
		☐ unter 3 Stunden		

Fall 6:**Aufgehobenes Leistungsvermögen in 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 einer Berufskrankheit ist erfolgt, die BG-Entscheidung liegt noch nicht vor. Nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist die Lungenfunktion gut kompensiert. Dennoch ist die Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit mit unvermeidbarer Mehlstaubexposition aufgehoben; für die letzte Tätigkeit besteht nur noch eine Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden. Für Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht dagegen eine Leistungsfähigkeit 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 mittelschwere 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		☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☒ 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 ☐ schwere Arbeiten ☒ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☒ Tagesschicht ☒ Früh- / Spätschicht ☒ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☒ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ 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, er 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 sechs und mehr Stunden 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 Nachschichten. 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	☐ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☒ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ 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		☒ schwere Arbeiten	☐ mittelschwere	☐ leichte bis mittelschwere
Arbeitshaltung im Stehen		im Gehen		im Sitzen
☒ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☒ ständig	☐ überwiegend
☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ Rollstuhlpflicht	☒ ständig	☐ überwiegend
Arbeitsorganisation		☒ Tagesschicht	☒ Früh- / Spätschicht	☐ Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☒ psychomentele Funktionen	☐ Sinnesfunktionen	☐ bewegungsbezogene Funktionen	☐ kardio-pulmonale Funktionen	
☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren		☐ sonstige		
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.			
☒ 6 Stunden und mehr		☐ 3 bis unter 6 Stunden		☐ 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 mittelschwere körperliche Arbeiten ohne Einschränkung bezüglich der Arbeitshaltung.

Negatives Leistungsvermögen:

Leistungseinschränkungen bestehen hinsichtlich psychomentaler Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Arbeiten aber 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			☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☐ 6 Stunden und mehr	☒ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 ☐ schwere Arbeiten ☒ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☒ im Gehen ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☒ im Sitzen ☒ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☒ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☒ psychomentale Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☐ 6 Stunden und mehr ☒ 3 bis unter 6 Stunden ☐ 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 in der letzten Tätigkeit und für 3 bis unter 6 Stunden für geeignete 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 beziehungsweise 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		☐ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☒ 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	☐ schwere Arbeiten	☐ mittelschwere	☐ leichte bis mittelschwere	☒ leichte
	Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen	im Sitzen		
	☐ ständig ☐ überwiegend ☒ zeitweise	☐ ständig ☐ überwiegend ☒ zeitweise	☐ ständig ☒ überwiegend ☐ zeitweise	☐ Rollstuhlpflicht	
	Arbeitsorganisation	☒ Tagesschicht	☐ Früh- / Spätschicht	☐ Nachtschicht	
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):				
	☒ psychomentale Funktionen	☐ Sinnesfunktionen	☒ bewegungsbezogene Funktionen	☐ kardio-pulmonale Funktionen	
	☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			☐ sonstige	
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.				
	☐ 6 Stunden und mehr	☒ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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		☒ Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☒ 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		☐ schwere Arbeiten	☐ mittelschwere	☐ leichte bis mittelschwere
Arbeitshaltung im Stehen		im Gehen		im Sitzen
☐ ständig	☐ über-wiegend	☐ zeitweise	☐ ständig	☐ über-wiegend
☐ zeitweise	☐ Rollstuhlpflicht	☐ ständig	☐ über-wiegend	☐ zeitweise
Arbeitsorganisation		☐ Tagesschicht	☐ Früh- / Spätschicht	☐ Nachtschicht
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen		☐ Sinnesfunktionen	☐ bewegungsbezogene Funktionen	☐ kardio-pulmonale Funktionen
☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren		☐ sonstige		
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.		☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden
		☒ 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, außerdem verbringt er täglich ca. zwei bis drei Stunden vor dem Computer. Im Rahmen eines seit mehreren Jahren bestehenden gemischtförmigen Asthma bronchiale kam es trotz inhalativer Dauertherapie wiederholt zu infektgetriggerten obstruktiven Atembeschwerden und in der Folge zu einer Beeinträchtigung der alltäglichen Leistungsanforderungen, kombiniert mit vermehrten Schulfehlzeiten. Bei zunehmender körperlicher Inaktivität traten eine deutliche Gewichtszunahme und gelegentlich fehlerhaltungsbedingte Rückenschmerzen auf. Mögliche Krankheitsfolgen bei anhaltender bronchialer Entzündungsreaktion sowie eine eventuelle haltungs- und belastungsbedingte Fehlentwicklung im Bereich des muskuloskeletalen Systems ließen eine Bedrohung der späteren Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt befürchten. Eine allergologische Diagnostik zeigte eine Sensibilisierung gegenüber Frühblüher sowie Hund, Pferd und Katze.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgten wegen eines unzureichend behandelten Asthma bronchiale und einer Adipositas mit beginnenden Folgeerkrankungen.

Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation war die Lungenfunktion gut stabilisiert. 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 und die Essgewohnheiten weitgehend normalisiert werden. Das Körpergewicht wurde um 5 kg reduziert. Schließlich sollte eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung Berücksichtigung finden.

Negatives Leistungsvermögen:

Potenzielle spätere Leistungseinschränkungen könnten hinsichtlich bewegungsbezogener Funktionen sowie in Bezug auf relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren auftreten. Eine intensive Tierexposition sowie Kälte, starke körperliche Anstrengungen und 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 ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte				
Arbeitshaltung im Stehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Gehen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ im Sitzen ☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht				
Arbeitsorganisation ☐ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht				
2.	Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):			
☐ psychomentele Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☒ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen				
☒ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige				
3.	Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. ☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden			

8. Anhang

Arbeitshilfe zur Beurteilung der geistigen/psychischen Belastbarkeit

Im Rahmen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben müssen auch Aussagen zur geistigen beziehungsweise 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 zum Beispiel Aussagen zur Intelligenz nicht ohne Rückgriff auf standardisierte Messverfahren getroffen werden. Für die adäquate Beurteilung psychopathologischer Phänomene wie Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen ist in der Regel 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 zum Beispiel mit der Vorgabe von drei Begriffen, die nach einer, fünf und zehn Minuten vom Probanden nachzusprechen sind.
Gedächtnis	Fähigkeit, Eindrücke längerfristig zu speichern beziehungsweise Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen.
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 Denkkumfanges, Verhaftetsein 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.

Affektivität	Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen.
Vitalgefühl	Gefühl von Kraft und Lebendigkeit, der körperlichen und seelischen Frische; beeinträchtigt zum Beispiel 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. Angst kann sowohl aus dem Verhalten als auch aus körperlichen Symptomen geschlossen werden.
Reizbarkeit	Der Untersucher spürt eine Neigung zu aggressiv getönter Gespanntheit beziehungsweise 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	Beschreibung von Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft, Unternehmungsgeist, Anteilnahme, Entschlussfreude, Motivation. Ausprägungen (zum Beispiel): antriebsarm – Mangel an Initiative, Tatkraft, antriebsgesteigert – Übermaß an Initiative, Tatkraft.
Psychomotorik	Beschreibung der durch psychische Vorgänge geprägten motorischen Aktivität. Ausprägungen (zum Beispiel): psychomotorische Unruhe – gesteigerte, ungerichtete motorische Aktivität.

Weiterführende Literatur

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen
Rentenversicherung
Deutsche Rentenversicherung Bund, 3. Auflage (4/2009)
www.reha-konzepte-driv.de

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung, 1. Auflage (08/2018)
www.reha-konzepte-driv.de

Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinische Begutachtung für
die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage 2011
Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Ärztlicher Entlassungsbericht

RV-Träger: DRV

Bl. 1

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.					
4.					
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
5 = Hausfrau / Hausmann
9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
0 = keine
1 = bis unter 3 Monate
2 = 3 bis unter 6 Monate
3 = 6 und mehr Monate
9 = nicht erwerbstätig
AU bei Aufnahme
1 = ja
2 = nein

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

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

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftsdatum

Ort

Versions-Nr.

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. 10

0 4

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)	☐ Beschäftigung besteht		
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	☐ 6 Stunden und mehr	☐ 3 bis unter 6 Stunden	☐ 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 ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte Arbeitshaltung im Stehen ☐ ständig ☐ über-wiegend ☐ zeitweise ☐ im Gehen ☐ ständig ☐ über-wiegend ☐ zeitweise ☐ im Sitzen ☐ ständig ☐ über-wiegend ☐ zeitweise ☐ Rollstuhlpflicht Arbeitsorganisation ☐ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht
2. Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter Abschnitt C. beschrieben werden):
☐ psychomentele Funktionen ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio-pulmonale Funktionen ☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige
3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.
☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Versions-Nr.

0 4

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

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

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

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

Versions-Nr.

0 2

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

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

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

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

Versions-Nr.

0 2

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

