

Modul 2d

Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungs- beurteilung

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



Deutsche
Rentenversicherung

Bund



Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Module

Modul 1: „Sozialmedizinische Grundlagen“

Modul 2a: „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2b: „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2c: „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2d: „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2e: „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2f: „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2g: „Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Modul 3: „Sozialmedizin im Reha-Team“

Aktualisierung 2020/2022: Ulrike Worringen, Lutz Haustein, Thomas Trinks
Deutsche Rentenversicherung Bund
Eleonore Anton, Claudia Wehnelt, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Autoren 2017: Antje Hoppe, Ulrike Worringen, Wolfgang Amthor,
Lutz Haustein, Joachim Störtzer
Deutsche Rentenversicherung Bund
Eleonore Anton, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

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

Modul 2d: „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2D „BEITRÄGE DER SOZIALEN ARBEIT ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
SEMINAREINHEIT 2	56

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

Die Erstellung einer sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit für jeden Rehabilitanden ist eine bedeutsame Aufgabe in der medizinischen Rehabilitation (DRV, 2009). Die Beurteilung bildet eine wesentliche Grundlage bei weitergehenden Verwaltungsentscheidungen wie zum Beispiel Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung.

In der Rentenversicherung ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eine fachärztliche Aufgabe. Zum Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wird die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht festgehalten. Um alle Aspekte der funktionellen Fähigkeit und Teilhabefähigkeit zum Ende einer Rehabilitation fundiert beurteilen zu können, bedarf es einer engen fachlichen Zusammenarbeit im multidisziplinären Reha-Team. In die fachärztliche Beurteilung sollen die fachbezogenen Leistungseinschätzungen der Therapeuten des Reha-Teams einbezogen werden. Die in den Manualen beschriebenen Fortbildungsveranstaltungen haben das Ziel, das gesamte Reha-Team bezüglich sozialmedizinischer Fragestellungen und Aufgaben weiter zu qualifizieren. Das übergeordnete Ziel aller Veranstaltungen ist es, durch die Qualifikation der therapeutischen Berufsgruppen und Förderung der interdisziplinären Kommunikation, die Qualität der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

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

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

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

Die Fortbildung ist als Curriculum mit drei aufeinander aufbauenden Modulen konzipiert. Das Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ wird berufsgruppenübergreifend angeboten. Mit dem Ziel eines einheitlichen Verständnisses und einer gemein-

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

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

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

Im Modul 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“ stehen die Kommunikation der fachspezifischen Leistungsbeurteilung innerhalb des Reha-Teams und die Umsetzung einer interdisziplinären Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag im Mittelpunkt. Das Modul wird berufsgruppenübergreifend in Gruppen à 30 Teilnehmende angeboten. Um allen Teilnehmenden, die an den vorherigen Modulen 1 und 2 teilgenommen haben, gerecht zu werden, ist es notwendig die Veranstaltung zum Modul 3 mehrfach anzubieten. Als günstig hat es sich gezeigt, wenn die therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiter aus einer Rehabilitationsseinrichtung gemeinsam an einer Veranstaltung des Moduls 3 teilnehmen.

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

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

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

Manuale zum Curriculum

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

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

Aufbau der Manuale

Zu jedem Modul erfolgt zunächst eine kurze Einleitung. Hier werden wichtige Hinweise für die Durchführung der Veranstaltung formuliert. Für jede Seminareinheit beinhaltet das Manual Angaben zu:

- **Themen** und **Zielgruppe** der Seminareinheit,
- empfohlener maximaler **Zahl der Teilnehmenden**,
- **Qualifikationsanforderungen** an die Referenten,
- **Zeitumfang** der Seminareinheit,
- erforderlichem **Material und Handouts**,
- Anforderungen an den **Schulungsraum** und
- **allgemeinen Zielen** der Seminareinheit.

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

- **Lehrziele** formuliert und begründet,
- **Inhalte** zur Erreichung des Lehrziels benannt,
- **Durchführungshinweise** gegeben und
- **Folienhilfen, Informationsmaterial** und **Handouts** nach Bedarf zur Verfügung gestellt.

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

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

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

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

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

Redaktionelle Vorbemerkung

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

Das Wort Lehrziel wird im Manual bei Aufzählungen oder Querverweisen mit dem Kürzel LZ bezeichnet. Der Reha-Entlassungsbericht wird im Manual mitunter mit der Bezeichnung E-Bericht abgekürzt.

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2a. Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2f. Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022f.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2g. Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022g.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 3. Sozialmedizin im Reha-Team. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022h.
- Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Rehabilitationspraxis. *Rehabilitation*, 55, 238–247.

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2D „BEITRÄGE DER SOZIALEN ARBEIT ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2	14
1.2 Eigener Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht.....	16
1.3 Sozialmedizinische Anamnese im Reha-Entlassungsbericht vor dem Hintergrund der ICF	18
1.4 Instrumente und Assessments der sozialen Diagnostik	36
1.5 Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF	51
1.6 Rollenverständnis	54
SEMINAREINHEIT 2.....	56
2.1 Bisheriger Beruf bzw. Bezugsberuf.....	58
2.2 Identifikation von LTA-Bedarf	73
2.3 Die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt..	80
2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3.....	87

Einführung in das Modul 2d

„Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“

Das Modul 2 „Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ im Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird als berufsgruppen-spezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung und deren Umsetzung für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen dargestellt. Die Zielgruppe sind Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind und an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel ist es, dass die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive bearbeiten.

Die Teilnehmenden lernen für die Darstellung der psychosozialen Lebenssituation des Rehabilitanden im Reha-Entlassungsbericht die Anforderungen der Rentenversicherung an die sozialmedizinische Anamnese kennen. Als Bezugssystem wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem biopsychosozialen Modell der funktionalen Gesundheit genutzt. Die Teilnehmenden lernen ihre Aufgaben in der Anamneseerhebung kennen. Die Inhalte der Arbeitsanamnese und der Arbeitsplatzbeschreibung im Reha-Entlassungsbericht und deren Bedeutung für nachfolgende Leistungsentscheidungen werden an Fallbeispielen erarbeitet und diskutiert. Es findet ein fachlicher Austausch zu Instrumenten und Assessments der sozialen Diagnostik statt. Die Teilnehmenden vertiefen ihre Kenntnisse zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Der Berufsbegriff der Rentenversicherung sowie die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und Teilzeitarbeitsmarkt im Rahmen des Rentenverfahrens werden vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsauslegung erläutert. Die Teilnehmenden setzen sich mit ihrer eigenen Rolle als Berater und zugleich Diagnostiker in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung auseinander.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul 2 umfasst insgesamt 8 Zeitstunden zuzüglich Pausenzeit. Dabei sind 4 Zeitstunden für jede Seminareinheit einzuplanen. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pause von 30 Minuten anzubieten.

Für die Fortbildungsveranstaltung wird ein Gruppenraum für 20 Teilnehmende mit einem U-förmigen Aufbau von Stühlen und Tischen benötigt. Für die Präsentationen und die Kleingruppenarbeit sollen Beamer, Flipchart, Moderationskoffer und Metaplanwände zur Verfügung stehen.

Anzahl der Teilnehmenden

Es empfiehlt sich, 20 Teilnehmende für die Fortbildungsveranstaltung einzuplanen. Die vorausgehende Teilnahme am Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird empfohlen.

Personelle Ressourcen

Die Fortbildungsveranstaltung sollte von mindestens zwei Fachreferenten durchgeführt werden. Ein Referent sollte über eine praktische Expertise als Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge in der medizinischen Rehabilitation verfügen. Weitere Fachreferenten mit themenspezifischer Expertise, z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sollten von Seiten der Rentenversicherung hinzugezogen werden.

Didaktik

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

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung von Seminarinhalten sowie eine vertiefende Bearbeitung der Themen für die Teilnehmenden und stellt gleichzeitig den Praxisbezug zum Setting einer Rehabilitationseinrichtung her. Es wird in diesem Modul mit Fallvignetten gearbeitet. Die Teilnehmenden erhalten Eckdaten für einen Rehabilitanden zu Geschlecht, Alter, medizinischer Diagnose und sozialmedizinischer Einschätzung aus ärztlicher Sicht. Auf dieser Grundlage erarbeiten sie die soziale und berufliche Anamnese. Die Auswahl der Fallbeispiele und Fallvignetten sollte sich an den Indikationen der Rehabilitationseinrichtungen, aus denen die Teilnehmenden kommen, orientieren. Es ist empfehlenswert, die didaktischen Methoden innerhalb des Seminars zu variieren und an die Bedürfnisse der Teilnehmenden, zum Beispiel Wunsch nach einem individuellen fachlichen Austausch im Rahmen von Kleingruppen oder allgemeinem Austausch im Plenum, anzupassen. Die Zusammensetzung der Kleingruppen kann indikationsbezogen oder indikationsübergreifend erfolgen.

Aktualisierung der Präsentationen und Handouts

Vor dem Hintergrund gesetzlicher Veränderungen und Weiterentwicklungen von zum Beispiel Formularen und Rehabilitationsangeboten muss vor jeder Durchführung des Moduls eine fachliche Aktualisierung der Präsentationen und Handouts erfolgen. Die im Manual dargestellten Materialien haben den Stand von 2022.

Modul 2d: Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalt des Moduls 2
- eigener Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht (Hausaufgabe aus Modul 1)
- das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit der ICF
- sozialmedizinische Anamnese im Reha-Entlassungsbericht
- soziale Diagnostik und Assessments der Sozialen Arbeit
- Rollenverständnis: Gutachter- und Therapeutenrolle

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden plus 30 Minuten Pause

Anzahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind 2 Referenten
- Qualifikationen: Sozialarbeiter/Sozialpädagoge mit klinischer Expertise, Referent mit sozialmedizinischer Qualifikation

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer, Presenter
- Flipchart, Stifte, Metaplanwände und Karten
- ggf. Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls

Handouts

- Seminarplan der Veranstaltung (LZ 1.1)
- Handzettel der Präsentation getrennt nach Themen (jeweils 2 Folien pro Seite) oder das Manual für Modul 2d
- Unterschriftenliste inkl. Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail Adresse (blanco), Datenschutzerklärung
- Dokumentationshilfen (LZ 1.3)
- beispielhafte Fragebögen AVEM, SIMBO, WAI, Mini-ICF-APP (LZ 1.4)
- Aufgabenstellung und Fallvignetten für Kleingruppenarbeit (LZ 1.5)

Literatur

Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung. www.dgsmp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (Internetzugriff 01.09.2022) (LZ 1.3)

Grotkamp, S. et al. Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen 2020; 82: 107-116. (LZ 1.3)

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2019. Deutsche Rentenversicherung. Berlin: 2019. (LZ 1.3)

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. 2019. (LZ 1.3)

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch. Deutsche Rentenversicherung Berlin. Inhalte sind auf der Internetseite www.medizinisch-berufliche-orientierung.de veröffentlicht (LZ 1.3)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung. Springer-Verlag. Berlin. 2011. (LZ 1.3)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV Schriften Band 81. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. 2021. (LZ 1.3)

Artikel (ggf. zur Ansicht):

Menzel, R. Psychosoziale Diagnosen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Manual zur Anwendung und Handhabung. Universitätsklinikum Heidelberg. 2010. (LZ 1.4)

Pantuček-Eisenbacher, P., Grigori, E. Inklusions-Chart Version 4 (IC 4). Manual. 2016. (LZ 1.4)

Dhom-Zimmermann, S. Für eine strukturierte Anamnese. Leitfaden für Soziale Diagnose in der MBOR. Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 1/2014. (LZ 1.4)

Menzel, R. Aktueller denn je! Psychosoziale Diagnosen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 1/2014. (LZ 1.4)

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der ersten Seminareinheit haben die Teilnehmenden ihre Kenntnisse zur sozialmedizinischen Anamnese im Reha-Entlassungsbericht vertieft. Sie kennen die Inhalte der Sozial- und Arbeitsanamnese und deren Bedeutung vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit der ICF bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lebenssituation eines Rehabilitanden und können

diese anwenden. Sie haben einen Überblick über derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendete Instrumente und Assessments der sozialen Diagnostik. Die Informationen zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der therapeutischen und gutachterlichen Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Problemstellung. Sie haben Ansätze zum Umgang mit diesen Konfliktsituationen erlernt.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan zu Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen. Dies ermöglicht den Teilnehmenden, den Inhalten entspannter zu folgen.

Zur Unterstützung eines weiterführenden Fachaustausches zwischen den Teilnehmenden wird eine Liste der Teilnehmenden mit Angaben zu: Name, Rehabilitationseinrichtung, ggf. Indikation, Adresse und E-Mail-Adresse erstellt. Mit ihrer Unterschrift genehmigen die Teilnehmenden die Weitergabe ihrer Informationen an die anderen Seminarteilnehmer. Eine Datenschutzerklärung ist beigefügt.

Von den Arbeitsergebnissen der Kleingruppen (Metaplanwände) kann ein Fotoprotokoll erstellt und den Teilnehmenden im Anschluss an das Seminar per E-Mail zur Verfügung gestellt werden.

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

1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte und Ziele des Moduls 2d „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“ nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminars „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“ soll die Zielsetzung dargestellt werden. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch soll im Mittelpunkt stehen. Dies fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Beitrages, der Bestandteil und Grundlage für eine interdisziplinär erstellte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag ist.

Inhalt

- Inhalte des Modul 2
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen im Reha-Alltag:
 - Änderungen in der fachspezifischen Berichterstellung vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten? Nehmen Sie mehr sozialmedizinische Aspekte wahr?
 - Erwartungen, Bedürfnisse, Fragen für das Modul 2

Material

- Folie (siehe Seite 15)

Hinweise zur Durchführung

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

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

Zeit circa 20 Minuten

Anmerkung

Für den Einstieg sollte genügend Zeit eingeplant werden. Es steht im Vordergrund, die Teilnehmenden mit ihren Fragestellungen und Bedürfnissen abzuholen und Erwartungen mit den Inhalten des Seminars abzustimmen.

Übersicht Modul 2d

Tag 1: 14:00 – 18:30 Uhr

- Vorstellungsrunde
- Sozial- und Arbeitsanamnese
- Soziale Diagnostik und Assessments
- Fallarbeit
- Rollenverständnis

Tag 2: 08:00 – 12:30 Uhr

- Identifizierung von LTA Bedarf
- Rentenfragen in der medizinischen Rehabilitation
- Zusammenfassung und Ausblick

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

1.2 Eigener Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

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

Begründung

Die Teilnehmenden sollen zur aktiven Gestaltung der Schulung motiviert werden. Die Hausaufgabe, die am Ende des Moduls 1 gestellt wurde (siehe Modul 1 Lehrziel 2.5), eröffnete den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich auf die Inhalte des Moduls 2 vorzubereiten. Sie sollen zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen in das Seminar einbringen. Die Referenten erhalten einen Überblick über die Bedürfnisse der Teilnehmenden und aktuelle Vorgehensweisen in den Rehabilitationseinrichtungen. Es soll deutlich werden, dass die Diskussion und Bearbeitung von praxisnahen Fragestellungen und möglicher Problemlagen im Vordergrund stehen.

Inhalt

- Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden aus der Hausaufgabe des Modul 1: fünf Reha-Entlassungsberichte aus der eigenen Rehabilitationseinrichtung lesen
 - An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Inhalte der Sozialen Arbeit gefunden?
 - An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht sollten die Inhalte der Sozialen Arbeit aufgeführt werden?
 - Welche Inhalte würden Sie gern zum Reha-Entlassungsbericht beitragen?

Material

- Folie (siehe Seite 17)

Hinweise zur Durchführung

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

Zeit circa 20 Minuten

Anmerkung

Es wird Rehabilitationseinrichtungen geben, in denen die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bereits eigene Berichte in strukturierter Form erstellt und diese Eingang in den Reha-Entlassungsbericht finden. In anderen Einrichtungen sind therapeutische Berufsgruppen an der Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes kaum beteiligt. Des Weiteren gibt es Unterschiede, welchen Anteil die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bei der Erhebung der Sozial- und Berufsanamnese übernehmen oder welche Teile von anderen Berufsgruppen (z. B. aufnehmende Ärzte) übernommen werden.

Hausaufgabe aus dem Modul 1

Lesen von fünf Entlassungsberichten aus Ihrer Reha-Einrichtung

An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Inhalte der Sozialen Arbeit gefunden?

An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht sollten die Inhalte der Sozialen Arbeit aufgeführt werden?

Was würden Sie gern zum Reha-Entlassungsbericht beitragen?

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

1.3 Sozialmedizinische Anamnese im Reha-Entlassungsbericht vor dem Hintergrund der ICF

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Bedeutung und Inhalte der sozialmedizinischen Anamnese im Reha-Entlassungsbericht erläutern.

Begründung

Für die Beschreibung von gesundheitlichen Lebenssituationen dient die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als konzeptionelles Bezugssystem. Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Anamnese und der Fähigkeiten eines Rehabilitanden von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF auszugehen. Diesem liegt eine Wechselbeziehung zwischen dem bestehenden Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden und seinen Kontextfaktoren zugrunde. Dabei können Förderfaktoren und Barrieren den Zustand der Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden beeinflussen. Diese sozialmedizinisch bedeutsamen Themen sind in Einzelgesprächen und Gruppenangeboten Gegenstand der Sozialen Arbeit. Die Vermittlung der Inhalte der sozialmedizinischen Anamnese im Reha-Entlassungsbericht soll die einheitliche Verwendung und das eindeutige Verständnis der Teilnehmenden unterstützen.

Inhalt

- der Reha-Entlassungsbericht
- ICF-Orientierung im Reha-Entlassungsbericht (Funktionsfähigkeit, Kontextfaktoren, Teilhabe)
- sozialmedizinische Anamnese
 - Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
 - Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
 - subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
- Dokumentation der Sozialen Arbeit

Material

- Folien (siehe Seite 20 - 32)
- Handout: „Kleiner Leitfaden“ Anforderungen an die Dokumentation der Sozialen Arbeit (siehe Seite 33 - 34)
- Handout: Hinweise zur Erstellung von Sozialberichten (Seite 35)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Erläuterung der Dokumentationshilfe

Zeit circa 60 Minuten

Anmerkung

Die Inhalte des Lehrzieles bauen auf den bereits vermittelten Inhalten aus dem Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ auf. Es besteht die Möglichkeit, vertiefende Fragen der Teilnehmenden zum Thema zu diskutieren. Als Hintergrund für spezifische Fragen in der Diskussion dient folgende Literatur:

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. 2019.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch. Deutsche Rentenversicherung Berlin. Inhalte sind auf der Internetseite www.medizinisch-berufliche-orientierung.de veröffentlicht

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Sozialmedizinische Begutachtung. Springer-Verlag. Berlin. 2011.

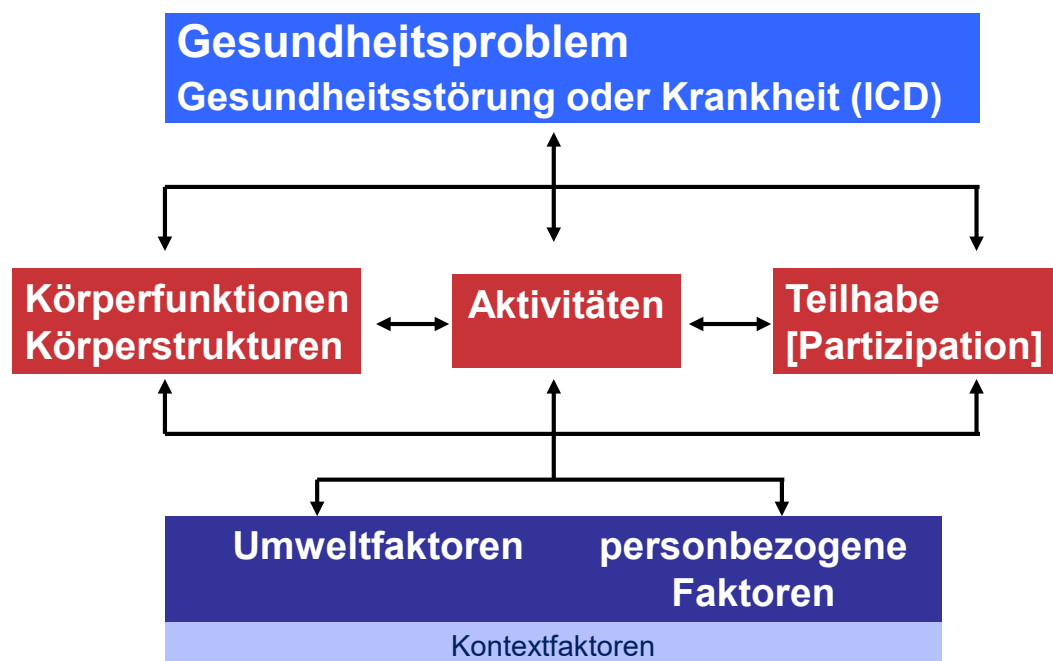
Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV Schriften Band 81. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. 2021.

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

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

- Modell für eine bio-psycho-soziale Sichtweise auf Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Teilhabe
- liegt dem Reha-Entlassungsbericht und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zugrunde
- gewährt gemeinsame Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit und Teilhabe
- fördert die Kommunikation und das gemeinsame Verständnis im Reha-Team

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Kontextfaktoren

Einfluss des Lebenshintergrundes einer Person

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

können Förderfaktoren oder Barrieren darstellen

Umweltfaktoren

Kapitel: Umweltfaktoren (*environmental factors, e*)

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

Beispiel für Umweltfaktoren

- **Kapitel 3: Unterstützung und Beziehung**

e310 engster Familienkreis

Kollegen, Vorgesetzte,
Arbeitgeber

e320 Freunde

e330 Autoritätspersonen

e335 Untergebene

e340 persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

e350 domestizierte Tiere

e355 Fachleute der Gesundheitsberufe

ICF personbezogene Faktoren

Kapitel: Personbezogene Faktoren

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

Personbezogene Faktoren (DGSMP, 2020)



Kapitel 1: Allgemeine Merkmale einer Person

Alter, Geschlecht

Kapitel 2: Physische Faktoren

Körpermaße, Bewegungsbezogene Faktoren
(*Ausdauer, Kraft, Geschicklichkeit*)

Kapitel 3: Mentale Faktoren

Persönlichkeit, kognitive und mnestiche Faktoren
(*Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Umgänglichkeit, Offenheit, Selbstvertrauen, Intelligenz, bewusste Informationsverarbeitung wie Auffassung und Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit etc.*)

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

Personbezogene Faktoren (DGSMP, 2020)



Kapitel 4: Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten

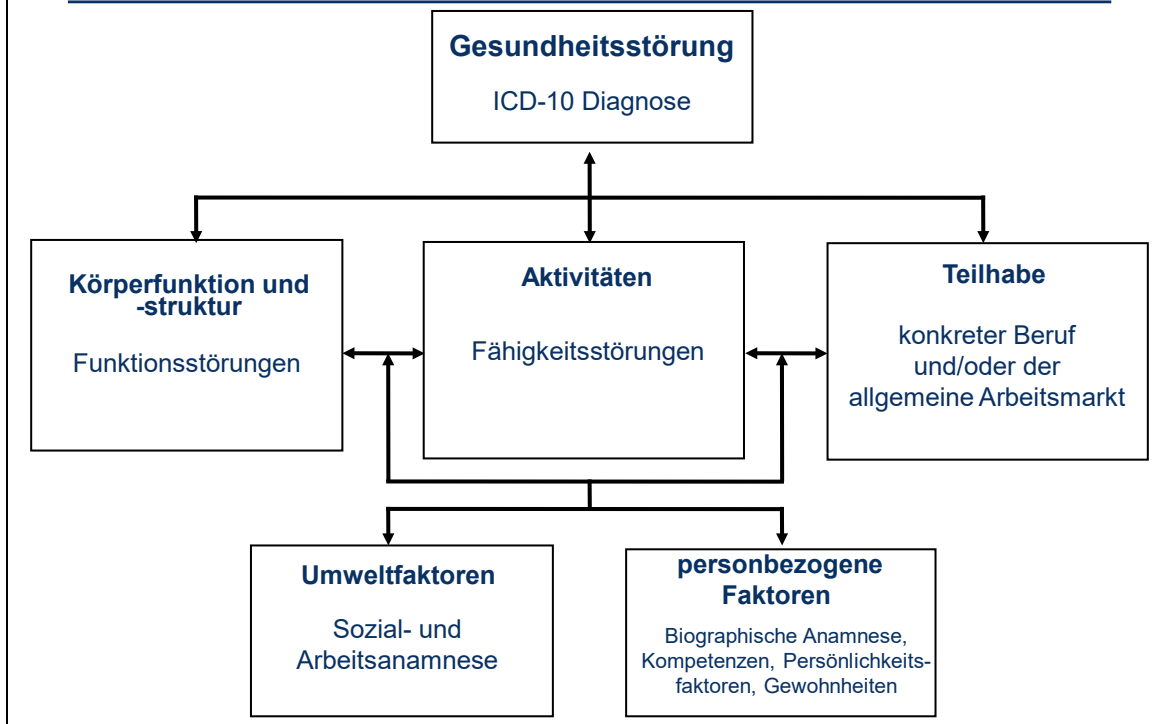
- Lebenszufriedenheit, Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, Unterstützung durch andere, finanziellen Versorgungsleistungen, zu Bildung und Arbeit (*z.B. Verpflichtung, Bereicherung, Last*)
- Sozial-, Sprach-, Methoden-, Selbst-, Fachkompetenz
- Ernährungs-, Bewegungs-, Freizeit-, Kommunikations- und Hygienegewohnheiten

Kapitel 5: Lebenslage

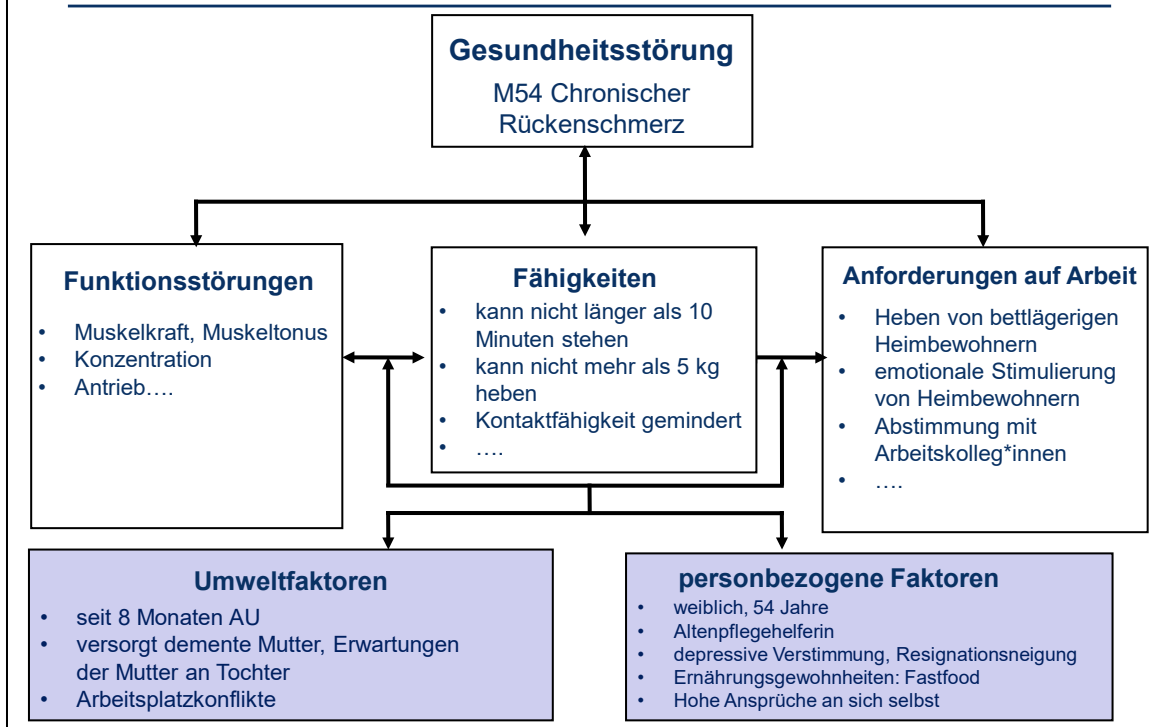
- Familiärer Status, Rolle im sozialen Kontext, Wohnsituation, Beschäftigungsstatus, Wirtschaftlicher, Rechtlicher und Kultureller Status

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

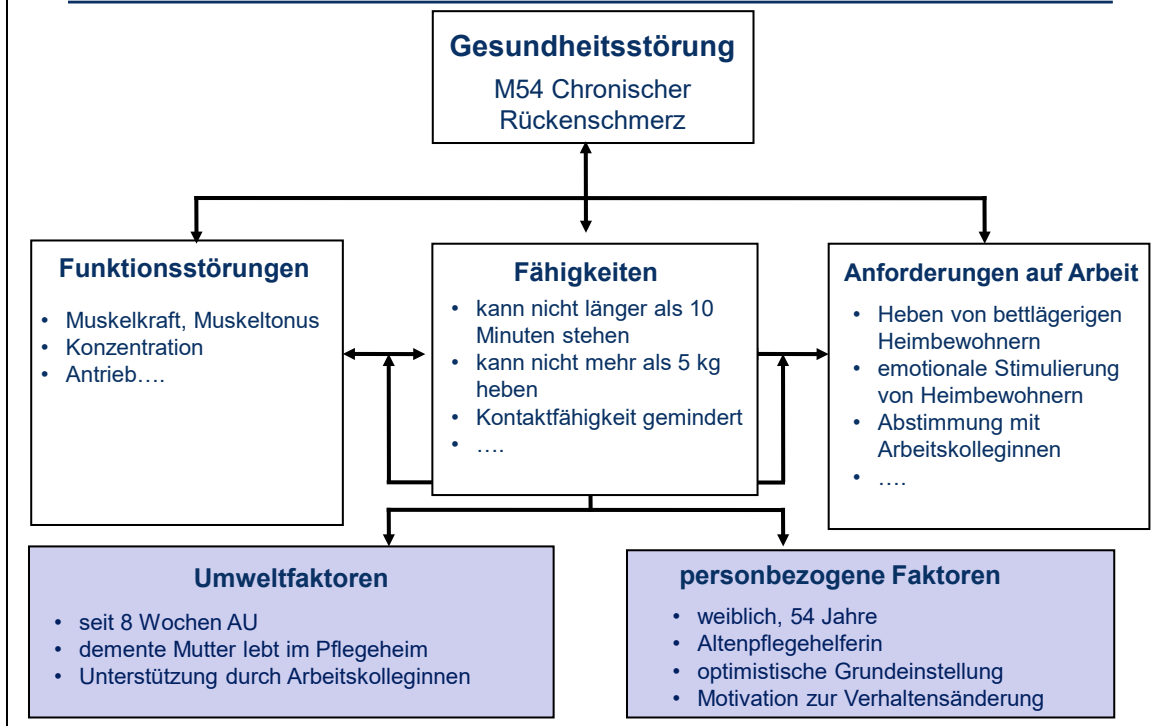
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung



Beispiel für Barrieren bei Kontextfaktoren

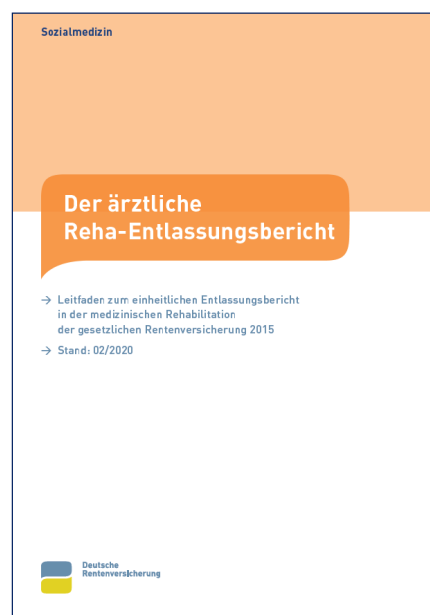


Beispiel für Ressourcen bei Kontextfaktoren



Der Reha-Entlassungsbericht

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



Reha-Entlassungsbericht Blatt 2 ff.

Gliederung

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

Sozialmedizinische Anamnese



1. Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

- familiäre, partnerschaftliche Situation
- Anzahl, Alter der Kinder (*insgesamt und im Haushalt lebend*)
- Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung
(z. B. *eigener Haushalt, betreutes Wohnen, ambulante Pflege*)
- soziale Situation (*soziales Netz, soziale Unterstützung, Freundeskreis, aber auch mögliche Belastungen im sozialen Umfeld, z. B. pflegebedürftige Angehörige*)
- weitere Belastungsfaktoren
(*kritische Lebensereignisse, chronische Konflikte*)
- finanzielle Situation (*laufendes Insolvenzverfahren*)
- Freizeit- und Risikoverhalten (*Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung, mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben, gesundheitsgefährdender Sport*)

Sozialversicherungsrechtlicher Status

- derzeitiger Erwerbsstatus
(*erwerbstätig, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Hausfrau, Erwerbsminderungs- oder Altersrentner*)
- laufende Sozialleistungsanträge (*LTA, EM-Rente*)
- MdE (*Minderung der Erwerbsfähigkeit*)
- GdB (*Grad der Behinderung*)
- Pflegegrade
- laufende Sozialgerichtsverfahren



Beispiele für kurze und prägnante Angaben

„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 Rentenantrag geplant“



2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

sorgfältige Arbeitsanamnese

→ ermöglicht im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung den Abgleich des **Fähigkeitsprofils** des Rehabilitanden mit dem jeweiligen **Anforderungsprofil** der beruflichen Tätigkeit

2.1 Beruflicher Werdegang

- Schulabschluss, Berufsausbildung (*mit und ohne Abschluss*)
- Berufsleben (*Berufswechsel aus gesundheitlichen und sonstigen Gründen, Dauer der Betriebszugehörigkeit*)
- krankheitsbedingte Arbeitsplatzwechsel, Arbeitszeiteinschränkung, Umschulung
- jetzige berufliche Stellung, ggf. Arbeitslosigkeit

2.2 Arbeitsplatzbeschreibung

aktuelle oder letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit:

- körperliche, psychische, soziale Anforderung durch die konkrete Tätigkeit auf dem Arbeitsplatz
- Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und –organisation
- nach Bedarf: Arbeitsplatzzufriedenheit, Erreichen des Arbeitsplatzes, Angaben zu Gefährdungsmomenten, betriebsärztliche Betreuung, betriebliche Gesundheitsförderung

Informationsquellen:

- Angaben Rehabilitand
- ggf. Arbeitgeber, Betriebsarzt

2.3 Arbeitsunfähigkeitszeiten

bei sozialmedizinisch relevanten AU-Zeiten
innerhalb der letzten 12 Monate vor Reha-Antritt:

- Diagnosen
- Dauer
- Frequenz von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- ggf. derzeitige Arbeitsunfähigkeit mit Diagnose und Beginn

Qualitätskriterien der Arbeitsanamnese im E-Bericht

bedeutsam bei Antrag auf weitere Leistungen
(LTA, Erwerbsminderungsrente)

- Schilderung eines typischen Arbeitstages mit körperlichen und psychischen Anforderungen
- Mitteilung der genauen Positionsbezeichnung und deren Zuordnung im betrieblichen Gefüge
- Nennung erlangter Berufsabschlüsse
- Darstellung einer chronologischen Erwerbsbiografie (*tabellarischer Lebenslauf*) sowie
- ggf. die Angabe gesundheitlicher Gründe für einen Stellenwechsel in der Vergangenheit

siehe Handout Bisheriger Beruf bzw. Bezugsberuf

3. Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe



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

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

Beispiele für Aktivitätseinschränkungen



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

Beispiele für Teilhabeeinschränkungen

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

Handout: „Kleiner Leitfaden“ Anforderungen an die Dokumentation der Sozialen Arbeit

Die Dokumentation stellt den Nachweis professioneller, systematischer patientenbezogener Maßnahmen dar. Sie dient zur Darstellung des Leistungsgeschehens intern wie auch extern.

Für die Soziale Arbeit liegen Behandlungsstandards, Anforderungen der DRV und Rechtsvorgaben vor:

- Studien, wissenschaftliche Veröffentlichungen
- Leit- und Richtlinien der Berufsverbände
- Reha-Therapiestandards, Antragsformulare für weiterführende Leistungen und Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit der DRV Bund
- Aktuelle Rechtsprechung

Die Therapiedokumentation sichert die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung und Aufgabenzuweisung.

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das Wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Empfehlungen z. B. für weiterführende Leistungen können nach Absprache im Team auch von anderen Berufsgruppen dokumentiert werden.
- „Doppeldokumentation“ ist zu vermeiden
- Die Aufzeichnung ist für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. Dazu gehören alle Angaben, die Arbeitskollegen benötigen, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können.
- Stichworte können verwendet werden, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. klinikinterne) verweisen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwenige Dokumente/auszufüllende Formblätter/(interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und/oder Praktikabilität hin prüfen.
- Das Handlungsziel (Reha-Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Rehabilitanden sollte in der Dokumentation erkennbar sein.
 - Umfang der erforderlichen Unterstützung
 - Beratung, Anleitung
- Eine kontinuierliche Dokumentation der Beratung (im Sinne von Stundenprotokollen)
- **Wichtig:** Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen, z. B.
 - bei unvorhersehbaren Veränderungen
 - bei neuen Informationen (z. B. vom Arbeitgeber)
 - der Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung

Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/ Chefarzt sollte erfolgen.

Wichtiger Hinweis:

Alles, was dokumentiert wurde, hat stattgefunden und ist vollständig und richtig wiedergegeben. Umkehrschluss: Was nicht dokumentiert wurde, hat auch nicht stattgefunden.

Das Vorgehen zum Umgang mit Anfragen zur Einsichtnahme in die Dokumentation durch Patienten/Angehörige gilt es vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes zuvor zu klären. Hierbei sind vorliegende Einverständniserklärungen zu beachten.

Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):

§ 630f Absatz 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, zur Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicher zu stellen.

§ 630g Absätze 1 und 2 BGB

„(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen....“

„(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“

Handout: Hinweise zur Erstellung von Beiträgen der Sozialen Arbeit zum Entlassungsbericht

Wichtig:

- Festlegung der Berichtsform: Der Bericht ist immer in der Vergangenheitsform zu erstellen.
- Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz wie beispielsweise „In der Sozialen Arbeit wurde...“
- einen beschreibenden Fließtext formulieren, keine fachspezifischen Abkürzungen verwenden
- individuelle Aussagen nur zum jeweiligen, eigenen Fachgebiet treffen: Sachliche Informationen über die aktuelle soziale Situation.
- grundsätzlich Erwerbsbezug beachten
- ggf. Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen vorschlagen und begründen

Irrelevante Informationen nicht aufführen.

- Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Sozialen Arbeit nur in der Verlaufsdocumentation ausformulieren.
- ausführliche Berichte über die Inhalte der Sozialberatung nur für Informationsweitergabe im Team zur Darstellung der eigenen Arbeitsweise und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im Team
- möglichst keine fachspezifischen Eigennamen im Beitrag zum E-Bericht verwenden

Skalen und Scores:

- prägnante Ergebnisse aus Testverfahren etc. beschreibend darstellen

Archivierung der Dokumentationen soll entsprechend der internen Vorgaben (Dokumentenmanagement) umgesetzt werden.

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

1.4 Instrumente und Assessments der sozialen Diagnostik

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte der sozialen Diagnostik sowie Instrumente und Assessments der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung benennen.

Begründung

Voraussetzung für die Planung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplanes und die Erstellung eines fachspezifischen Berichtes am Ende einer Rehabilitation ist eine valide soziale Diagnostik der Lebenssituation sowie der Barrieren und Förderfaktoren und deren Einfluss auf die Teilhabe des Rehabilitanden. Im Rahmen der Exploration im Einzelgespräch können zum Beispiel Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente und standardisierte Tests bzw. Assessments zum Einsatz kommen. Die Kenntnis der derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendeten validen Verfahren ermöglicht den Teilnehmenden, das eigene diagnostische Arbeiten zu reflektieren und Anregungen für neue diagnostisch relevante Themen und Instrumente zu sammeln.

Inhalt

- soziale Diagnostik
 - Anforderungen
 - Inhalte
- Instrumente, Assessments
 - Vor- und Nachteile?
 - Umsetzungsmöglichkeiten im Klinikalltag?
 - Wirtschaftlichkeit?
 - Gütekriterien?

Material

- Folien (siehe Seiten 37 - 50)
- Ansichtsexemplare (ggf. Handout):
 - beispielhafte Fragebögen AVEM, SIMBO, WAI, Mini-ICF-APP
 - Menzel, R. Psychosoziale Diagnosen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Manual zur Anwendung und Handhabung. Universitätsklinikum Heidelberg. 2010.
 - Pantuček-Eisenbacher, P., Grigori, E. Inklusions-Chart Version 4 (IC 4). Manual. 2016.
 - Dhom-Zimmermann, S. Für eine strukturierte Anamnese. Leitfaden für Soziale Diagnose in der MBOR. Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 1/2014.
 - Menzel, R. Aktueller denn je! Psychosoziale Diagnosen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 1/2014.

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik erfragen. Welche Instrumente und Assessments werden genutzt? Vor- und Nachteile sollen eruiert werden.

Zeit circa 30 Minuten

Themen

- Rückblick/Begriffsklärung
- Vor- und Nachteile sozialer Diagnostik
- Anwendung in der Praxis
- Instrumente für Assessment, Anamnese und Diagnostik

Geschichtlicher Rückblick

Alice Salomon (1872 – 1948):

Die soziale Diagnose ist eine Diagnose,
„die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und die
Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu
einem Gesamtbild vereinigen soll, das für Hilfeleistungen den
Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt“.

(Salomon 1926/2004, S. 260)

Soziale Diagnostik griechisch: Zusammensetzung aus „dia-
durch“ und „gnosis-Erkenntnis, Urteil“

Erfordernis sozialer Diagnostik

- Beschreibung einer interventionsbedürftigen Situation und Hypothesenbildung
- fundierte Hypothesen zuordnen und prozessual überprüfen
- Erklären der Problematik und Schlussfolgerung der Handlungsoptionen
- entscheiden, mit welchen Mitteln was und wie gestaltet wird (*Ziele*)

Ohne professionelle Diagnostik

keine professionelle Intervention!

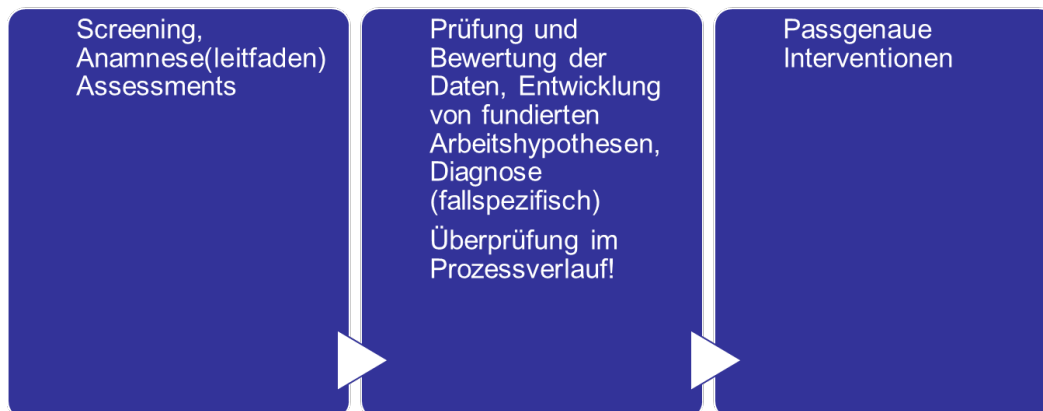
Probleme einer Diagnostik

- es ist im diagnostischen Prozess unumgänglich, Defizite zu benennen (*Gefahr der Stigmatisierung*)
- die Grenze zwischen Funktionieren und Nicht-Funktionieren entzieht sich oft einer objektiven Definition
- Eine Diagnose muss helfen!

Vorteile einer Diagnostik

- diagnostiziert wird in der Sozialen Arbeit die interventionsbedürftige Situation, nicht die Person
- zentrales Prinzip ist die weitestgehende Beteiligung des Klienten (*Eigendiagnose*)
- Ziel ist die spezifische Intervention (*passgenaue Hilfe*), Effektivität und Effizienz
- Soziale Arbeit ist immer ein dynamischer Prozess und damit ist auch die Diagnose nur eine Momentaufnahme (*Hypothese*) und muss weiter überprüft werden.

In der Praxis



Was muss Diagnostik leisten?

- Sie dient zunächst der Komplexitätsgewinnung (*1. Schritt*) um dann
- die Komplexität zu strukturieren und handhabbar zu machen
- Sie muss wissenschaftlich fundiert sein (*nachvollziehbar und transparent*)
- Sie kann helfen, vor der Komplexität nicht zu kapitulieren
- Sie kann zur Professionalisierung beitragen, darf aber nicht instrumentalisiert werden auf Kosten der Klientinnen und Klienten
- Diagnosen sind entscheidungsvorbereitend

Begriffsklärung: Assessment

1. Situationseinschätzung auf Basis subjektiver Exploration durch Rehabilitand im Rahmen lebensweltorientierter Rekonstruktionen oder rekonstruktiver Fallarbeit
2. Assessmentverfahren basierend auf standardisierten Erhebungsinstrumenten aus dem Kontext klassifikatorischer Ansätze wie beispielsweise
 - das „Psychosoziale Koordinatensystem“ (*Pauls 2015*) oder das sogenannte
 - „Inklusionschart“ (*Pantuček-Eisenbacher & Grigori*) sowie
 - die gezielte Fokussierung möglicher sozialer Probleme (*Staub-Bernasconi 2007*)

Anamneseleitfaden Rehabilitation *)	
Klinkeangaben	Name, Vorname Station, Zimmer
Personenbezogene Kontextfaktoren	
I Alter in Jahren	☐ weiblich ☐ männlich
II Sozialer Hintergrund	☐ Partnerschaft (+) (-) ☐ Trennung
	☐ Scheidung ☐ Sorgerecht
Soziale Beziehungen	☐ Erziehung
Hobbys/Freizeit	
frühere Lebenskrisen	
Coping	
Stärken/Fähigkeiten	
Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit	☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
III Wirtschaftliche Situation	☐ Einkommen ☐ ALG I ☐ ALG II
	☐ aufstockende Leistungen
	☐ Krankengeld/Bezug
	☐ KfV ausgestellt
	☐ Übergangsgeld
	☐ Sozialhilfe
	☐ Rente
	☐ Grundversicherung im Alter
	☐ Unterhalt
	☐ Schulden ☐ Schuldenberatung
	☐ weitere Informationen
	weitere Informationen
IV Berufliche Situation	Schulbildung
	O Ausbildung
	O letzte Tätigkeit seit
	Art der letzten Tätigkeit
V Umweltbezogene Kontextfaktoren	☐ engster Familienkreis ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Freundeskreis ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Arbeitgeber ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Vorgesetzter ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Kollegen ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Dienste der sozialen Sicherheit ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -
	☐ Dienste des Gesundheitswesens
	☐ Allg. Produkte
VI Gesundheits- und Teilhabaspekte	ICD-10 Diagnosen
	vorläufige Sozialmedizinische Beurteilung
	Körperfunktionen und -strukturen
	O AU seit
Teilhabe/Aktivitäten	☐ keine Einschränkung

*) Anamneseleitfaden Rehabilitation
Ergebnis der Master-Thesis "Soziale Diagnose im Kontext der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation", © Sabine Dhom-Zimmermann

Seite 2/2

Personalien	
Nachname, Geschlecht	
Alter	
Angehörige	
Medizinische Diagnose	

Beteiligte

Patient	☐	Angehörige	☐	Betreuer	☐
Sozialdienst	☐	Ärzte	☐	Psychologen	☐
Logopäden	☐	Pflegepersonal	☐	Ergo-/Physiotherapeuten	☐
Kostenträger	☐	Reha Einrichtung	☐	Pflegeeinrichtung (amb / stat.)	☐
Behörden	☐	Beratungsstelle	☐	weitere	☐

Auftrag an den Sozialdienst:

Anamnese:

Psychosoziale Diagnosen

1. Bewältigung der Erkrankung	Kommentar
Beratungsbedarf zu persönlichen / sozialrechtlichen Themen	☐
Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung	☐
Existenzielle Ängste	☐
Probleme bei der Entwicklung von Perspektiven und Lösungsstrategien	☐
Suchtpotential	☐

2. Soziale Netzwerke	Kommentar
Fehlende soziale Beziehungen	☐
Fehlende soziale Vernetzung / fehlende Angehörige	☐
Partnerschaftskonflikte	☐
Belastete Angehörige	☐
Familiäre Belastungen	☐
Ungesicherte Versorgung Angehöriger	☐

Dokumentationsbogen

Regina Menzel
Universitätsklinikum, Heidelberg

Psychosoziale Diagnosen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen



Einteilung in Kategorien:

1. Bewältigung der Erkrankung
2. Soziale Netzwerke
3. Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen
4. Funktions- und Leistungseinschränkungen
5. Alltagsbewältigung und Wohnumfeld
6. Teilhabe am Arbeitsleben

1. Bewältigung der Erkrankung



- Beratungsbedarf zu persönlichen/sozialrechtlichen Themen
- Schwierigkeiten bei der Krankheitsverarbeitung
- existenzielle Ängste
- Probleme bei der Entwicklung von Perspektiven und Lösungsstrategien
- Suchtproblematik

2. Soziale Netzwerke

- fehlende soziale Vernetzung
- familiäre Belastungen
- fehlende soziale Beziehungen bzw. fehlende Angehörige
- Partnerschaftskonflikte
- belastete Angehörige
- ungesicherte Versorgung Angehöriger

3. Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen

- unzureichende wirtschaftliche Sicherung
- Probleme bei der Sicherung von Leistungsansprüchen
- Problem der Finanzierung von erforderlichen Leistungen
- Unterstützungsbedarf bei der Erschließung von Leistungen

4. Funktions- und Leistungseinschränkungen

- Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe
- eingeschränkte
 - psychische Belastbarkeit
 - Entscheidungsfähigkeit/Einsichtsfähigkeit
 - Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit
 - körperliche Leistungsfähigkeit
 - Mobilität
- medizinischer, beruflicher Rehabilitationsbedarf

5. Alltagsbewältigung und Wohnumfeld

- Probleme bei der Bewältigung des Alltags
- unzureichende
 - Selbstversorgung
 - Wohnungssituation
- ungesicherte
 - Weiterführung des Haushaltes
 - medizinische/psychotherapeutische/pflegerische Versorgung

6. Teilhabe am Arbeitsleben

- eingeschränkte Teilhabe am Erwerbsleben
- unklare/unzureichende berufliche Leistungsfähigkeit
- Probleme am Arbeitsplatz
- fehlender Arbeitsplatz

Checkliste zur Arbeitsplatzanalyse

1. bezogen auf den Arbeitsplatz

- Inhalte und Aufgaben der letzten hauptberuflichen Tätigkeit
- Organisationsstruktur
(Abteilungen, Schichtdienst, gleitende Arbeitszeit)
- Arbeitsplatzbedingungen
(Licht, Temperatur, Einzelarbeitsplatz, Großraumbüro, Überstunden, Zeitdruck)
- mentale und kognitive Anforderungen
(Aufmerksamkeit, Konzentration, Komplexität)
- betriebliche Situation
(Arbeitsabläufe abhängig von Arbeitsaufträgen, Unsicherheit bzgl. Arbeitsplatz, angekündigte Umstrukturierungen)
- soziale Anforderungen der beruflichen Tätigkeit
- Handlungsspielräume am Arbeitsplatz

Checkliste zur Arbeitsplatzanalyse

2. bezogen auf das *subjektive Erleben*

- Überforderung durch Arbeitsaufgaben (*Quantität*)
- Überforderung durch Arbeitsinhalt (*Berufskompetenz*)
- Probleme mit Kollegen
- Probleme mit Vorgesetzten
- subjektive Zufriedenheit

Checkliste zur Arbeitsplatzanalyse

3. bezogen auf *Persönlichkeitsmerkmale*

- Vorliegen berufsbezogener relevanter Voraussetzungen an Fähigkeiten/Fertigkeiten
- Verfügbarkeit sozialer Kompetenzen
- Distanzierungsfähigkeit
- Erlebens- und Verarbeitungsmuster von Erfolgen/Scheitern/Fehlern, von Unterstützung/Ungerechtigkeiten
- Einstellung zur Arbeit, subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
- Berufswahl
- intellektuelle/geistige Kapazitäten
- Konfliktfähigkeit
- Einfluss der Krankheit auf die Anforderungsbewältigung

Checkliste zur Arbeitsplatzanalyse

4. bezogen auf persönlichkeitsstrukturelle Merkmale

- Ordnungsverhalten, Pflichtgefühl, Anspruchshaltung, Identifikationsstruktur
- Wechselwirkung bzw. Kausalität der intrapsychischen/interpersonellen Konflikte zum Erleben der Arbeitsplatzsituation
- Bedeutung neurotischer Arbeitsstörungen
- persönliche Ressourcen

Mini-ICF-APP Ratingsbogen (Seite 1)

Mini-ICF-APP

Ratingbogen

01/2018

Patientenname:	Beruf:	
Name des Beurteilers:	Datum:	
Beruf des Beurteilers:	Arzt	Psychologischer Psychotherapeut
	Sozialarbeiter	
Informationsbasis:	Klinisches Interview	Teambesprechung
	Begutachtung	
Einflussfaktoren:	Einflussfaktoren (z.B. Wohnsituation, soziale Situation, gesundheitliche Situation)	
	Berufsfeld	Therapeutische Situation
	Allgemeiner Arbeitsmarkt (Horte)	Individuelles Lebensumfeld

Das Ausmaß der Fähigkeitsbeeinträchtigungen ist nach folgender Abstufung zu quantifizieren:

0: keine Beeinträchtigung: Der Proband entspricht den Normerwartungen bezüglich seiner Referenzgruppe.

1: leicht ausgeprägte Beeinträchtigung: Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus keine wesentlichen negativen Konsequenzen.

2: mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung: Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Dies hat negative Auswirkungen bzw. negative Konsequenzen für den Probanden oder andere.

3: erhebliche ausgeprägte Beeinträchtigung: Der Proband ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.

4: voll ausgeprägte Beeinträchtigung: Der Proband ist nicht in der Lage, die beschriebenen Fähigkeiten/Aktivitäten auszuüben. Der Proband muss unterstützt werden, und die Aktivitäten müssen durch Dritte übernommen werden.

Durch den aktuellen Gesundheitszustand liegt eine Beeinträchtigung vor bezüglich der

Zu beurteilende Fähigkeit	Grad der Beeinträchtigung				
	Keine	Leichte	Mäßig ausgeprägte	Erheblich ausgeprägte	Voll ausgeprägte
1. Anpassung an Regeln und Routinen Fähigkeit, sich an Regeln zu halten. Termine verbindlich gemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet bspw. die Erfüllung von täglichen Formvorschriften, Einhalten von Verbotsregeln, pünktliches Erscheinen, Einhaltung von Verfahrensvorschriften.	0	1	2	3	4
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.	0	1	2	3	4
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anpassen, d. h. je nach Situation und Anforderung unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.	0	1	2	3	4
4. Kompetenz- und Wissensanwendung Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, d. h. beruflich, ausbildungsspezifisch oder auf Grund der Lebenserfahrung. Fähigkeit, Fach- und Lebenswissen oder Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und unter Berücksichtigung des Lebensumfelds zumutbare inhaltliche und fachliche Anforderungen zu erfüllen.	0	1	2	3	4

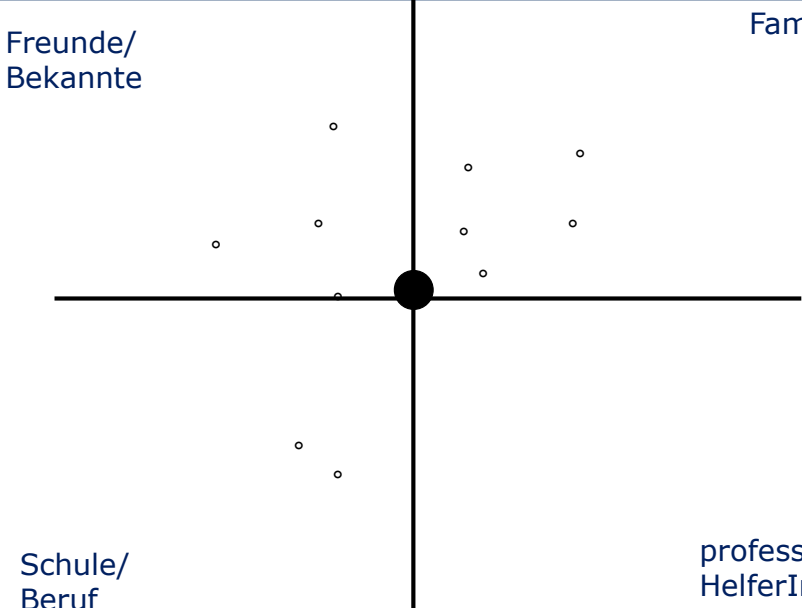
© Linden et al. 2015

Mini-ICF-APP	Ratingbogen	01/2018			
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit Fähigkeit, kostenbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben. Fähigkeit, Sachverhalte differenziert und kontextbezogen aufzufassen, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umsetzen zu können.	0	1	2	3	4
6. Proaktivität und Spontanaktivitäten Fähigkeit, außerhalb vorgegebener beruflicher oder sozialer Pflichten eigeninitiativ Spontanaktivitäten zu initiieren. Beurteilt werden Aktivitäten, bei denen der Proband selbst aktiv und initiativ werden muss und die nicht beispielsweise durch eine Berufsrolle oder sonstige Pflichten aufgezungen werden. Dazu gehören zum einen Aktivitäten des täglichen Lebens wie häusliche Aktivitäten, z. B. die Beschaffung von Waren- und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Pflege von Wohnung, Haus und Haushaltsgegenständen, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren. Dazu gehören des Weiteren kreative oder rekreative Aktivitäten, z. B. Hobbys, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Erholungsaktivitäten, Sport oder künstlerische Aktivitäten.	0	1	2	3	4
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit (im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben) bleiben und ein durchgehendes Leistungsverhalten aufrechterhalten zu können.	0	1	2	3	4
8. Selbstbehauptungsfähigkeit Fähigkeit, in sozialen Kontakten oder auch Konflikt Situationen ohne beeinträchtigende Befangenheit bestehen und für seine Überzeugungen einstehen zu können, ohne dabei soziale Normen zu verletzen.	0	1	2	3	4
9. Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten Fähigkeit, unmittelbare informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufnehmen zu können, wie bei Begegnungen mit Kollegen, Nachbarn oder Bekannten und mit diesen angemessen interagieren zu können, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit, Gespräche zu führen gehören. Dazu gehört die Fähigkeit des Probanden, unverzüglich kommunizieren zu können.	0	1	2	3	4
10. Gruppenfähigkeit Fähigkeit, sich in Gruppen einfügen, die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe durchschauen und sich darauf einstellen zu können. Die Beurteilung bezieht sich auf das Verhalten des Probanden in Gruppensituationen bzw. seine Fähigkeit zur öffentlichen Präsentation. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeits team, der Verein oder Großgruppen wie die Firma, eine politische Gruppierung oder die Kirche.	0	1	2	3	4
11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen Fähigkeit, enge und ggf. intime Beziehungen zu vertrauten Menschen oder in der Familie aufnehmen und aufrechterhalten zu können. Beurteilt wird die Fähigkeit, enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit den anderen Rollen Erwartungen und dem beruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen.	0	1	2	3	4
12. Selbstpflege und Selbstversorgung Fähigkeit, zur Selbstpflege und -versorgung, also die Fähigkeit, sich zu waschen, Haare oder Zähne zu pflegen, sich dem Anlauf oder der Jahreszeit entsprechend zu kleiden, sich adäquat zu ernähren, auf Erholung zu achten, die gesundheitlichen Bedürfnisse seines Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.	0	1	2	3	4
13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit Fähigkeit, sich zu bewegen, alle üblichen geforderten Bewegungen auszuüben, an verschiedene Orte zu gehen, sich in verschiedene Situationen zu begeben und übliche Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug, zu benutzen. Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsbüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsbübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann.	0	1	2	3	4

© Linden et al. 2015



Netzwerkkarte



Freunde/
Bekannte

Familie

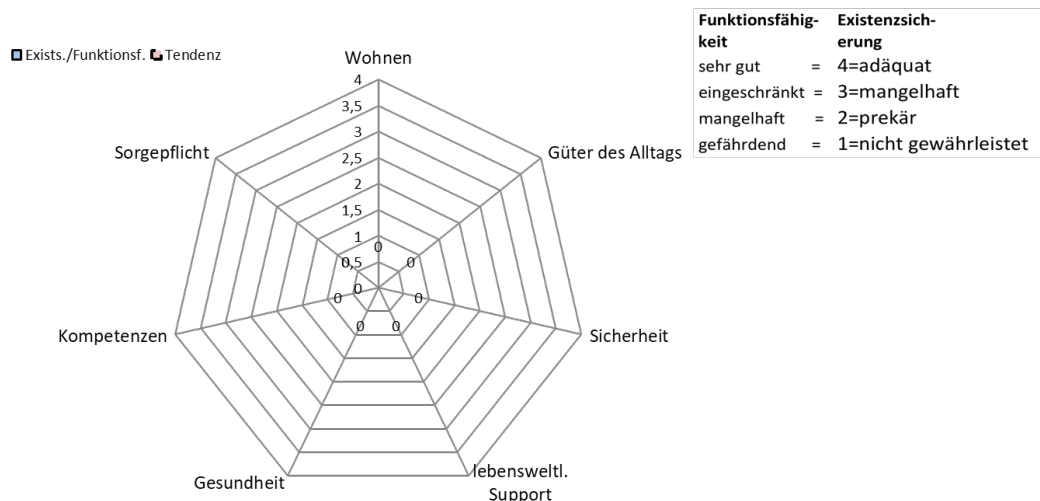
Schule/
Beruf

professionelle
HelferInnen

Inklusions-Chart Version 4 (IC4)

Inklusions-Chart IC4									
Klientin, Alter:		erstellt von:			erstellt am:				
Presenting Problem									
1. Inklusion in Funktionssysteme		Teilhabe		Tendenz Dynamik		Informationen		Aktionen	
		voll	welghand	mangelhaft	exkludiert	3: positiv, 2: stabil, 1: negativ, 0: gefährlich	(Daten und Fakten)	unrealisiert (*)	erw. / inkludiert (first 2. gelb, 3. grün)
A. Rechtsstatus									
B. Arbeitsmarkt									
C. Sozialversicherung									
D. Geldverkehr									
E. Mobilität									
F. Bildungswesen									
G. medizinische Versorgung									
H. Medien									
I. Adressierbarkeit									

Inklusions-Chart Version 4 (IC4)



<http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/289-inklusions-chart-3-ic3>

Benennen, was wir tun

- Zur Zeit erlebt die **Soziale Diagnose** eine neue Renaissance – warum?
- Ökonomische Zwänge verlangen den Nachweis von Wirksamkeit sozialer Hilfeleistungen.
- Dazu gehört auch ein beschreibbares und vergleichbares Verfahren zur Falleinschätzung.
- Die Soziale Arbeit muss sich als Profession positionieren.

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

1.5 Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mit Hilfe des biopsychosozialen Modells der ICF ein Fallbeispiel aus der Perspektive der Sozialen Arbeit erarbeiten.

Begründung

Die ICF bildet eine theoretische Grundlage für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation. Mit der Erarbeitung von Fallbeispielen üben die Teilnehmenden, die ICF basierte Arbeits- und Sozialanamnese sowie die Beschreibung von kontextbezogenen Förderfaktoren und Barrieren anzuwenden. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden in Bezug auf die Anwendung der ICF im Rahmen des Reha-Entlassungsberichtes.

Inhalt

- Anleitung zur Erstellung von Befunden mit dem biopsychosozialen Modell der ICF (Handout)
 - Beschreibung von Förderfaktoren und Barrieren in ihrer Auswirkung auf die Rückkehr ins Arbeitsleben
- Fallarbeit mit Hilfe der ICF

Material

- Folien (siehe Seite 53)
- Handouts für Aufgabenstellung der Kleingruppen
- Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, Moderation

Die Teilnehmenden werden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt. Jede Kleingruppe erhält eine Metaplanwand mit den vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF. Jede Kleingruppe erhält eine Fallvignette, die Angaben zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und ggf. einer Nachsorgeempfehlung aus Sicht der Sozialen Arbeit enthält. Die Fallvignetten können indikationsspezifisch angeboten werden.

Die Teilnehmenden sollen in ihren Kleingruppen zusammentragen, welche ICF-orientierten Informationen sie erheben bzw. erfragen müssen. Die gesammelten Punkte ordnen sie den Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF an der Metaplanwand zu. Abschließend sollen die Teilnehmenden diskutieren, welche Informationen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen können und bei welchen Berufsgruppen sie fehlende bzw. zusätzliche Informationen eruieren können. Dafür erhalten die Teilnehmenden 40 Minuten Zeit.

Im Anschluss stellt jede Kleingruppe dem Plenum sein Fallbeispiel vor und erläutert Fragestellungen, die bei der Bearbeitung der Aufgabe entstanden sind. Diese werden ggf. gemeinsam und lösungsorientiert diskutiert. Hier sollte von Seiten der Referenten ein Abgleich mit den im Reha-Entlassungsbericht geforderten Informationen erfolgen (45 Minuten für die Fallvorstellungen und –diskussionen).

Zeit circa 85 Minuten

Anmerkungen

Im Rahmen der Fallarbeit kann auch überlegt werden, welche sozialen Diagnostikinstrumente für einzelne Fragestellungen hilfreich sein könnten.

Kleingruppenarbeit (40 Minuten)

Aufgabe

- Erarbeiten Sie für Ihr Fallbeispiel das biopsychosoziale Modell an der Metaplanwand!
- Kennzeichnen Sie Förderfaktoren (+) und Barrieren (-)!
- Welche Fragen würden Sie dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin aus Sicht der Sozialen Arbeit stellen?
- Welche Informationen können zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen?
- Bei welchen Berufsgruppen müssen Sie hierzu fehlende Informationen erfragen?



Fallvorgaben

Somatik:

- **Fall 1:**
unter 3 Stunden leistungsfähig im bisherigen Beruf, 6 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, LTA Empfehlung
- **Fall 2:**
6 Stunden im bisherigen Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, stufenweise Wiedereingliederung

Abhängigkeitserkrankungen:

- **Fall 3:**
Leistungseinschränkung für bisherige Tätigkeit wegen Arbeitsplatzrisiko, Griffnähe zum Suchtmittel

Psychosomatik:

- **Fall 4:**
unter 3 Stunden leistungsfähig im bisherigen Beruf, 6 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, LTA Empfehlung

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

1.6 Rollenverständnis

Lehrziel

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

Begründung

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

Inhalt

- Rollenverständnis – Konflikt zwischen Therapeuten- und Gutachter-Rolle?
 - Konsequenzen für den Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in der Arbeit mit Rehabilitanden
 - Datenschutz (siehe LZ „Gesetzliche Grundlagen zum Schutz von Sozialdaten“ in Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“)
- Kommunikation im Reha-Team

Material

- Folien (siehe Seite 55)

Hinweise zur Durchführung

Diskussion

Zeit circa 25 Minuten

Anmerkungen

Wenn mehr Zeit zur Verfügung steht, kann der Austausch zunächst auch in Kleingruppen geführt und anschließend in der Großgruppe zusammengetragen werden.

Rollenverständnis

- **Rollenkonflikt**
 - Anwalt des Rehabilitanden oder der Solidargemeinschaft?
 - Welche Informationen müssen kommuniziert werden?
- **Kommunikation im Reha-Team**
 - Welche Rolle nehme ich im Team ein?

Fach austausch

- Kleingruppen à 5 Personen
- 20 Minuten Austausch in der Kleingruppe
- anschließende Diskussion in der Großgruppe

Modul 2d: Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Identifizierung des Bedarfes
- Rentenfragen in der medizinischen Rehabilitation: Definition des allgemeinen Arbeitsmarktes und des Teilzeitarbeitsmarktes

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden plus 30 Minuten Pause

Anzahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind zwei Referenten und gegebenenfalls ein Moderator
- Qualifikationen: Fachreferenten der Rentenversicherung zum Thema LTA und Rentenverfahren

Raumausstattung

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

Handouts

- Handzettel der Präsentationen getrennt nach Themen (jeweils 2 Folien pro Seite) oder das Manual für Modul 2d
- Anhang/Handout zum Thema Berufsbezug (LZ 2.1)
- DRV Formular. Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) für LTA G0130 (LZ 2.2)

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung: Berlin. 2018. (LZ 2.2)

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Anhand des Berufsbegriffs der Rentenversicherung lernen die Teilnehmenden die Bedeutung der Arbeitsanamnese und der Arbeitsplatzbeschreibung im Reha-Entlassungsbericht einzuschätzen. Die Teilnehmenden erlangen einen Überblick über das Leistungsangebot der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die Voraussetzungen zum Erhalt einer solchen Leistung und die Beratungsmöglichkeiten für Versicherte und Arbeitgeber. Die Teilnehmenden kennen die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Verfahren zur Einleitung einer LTA. Sie können Prüfkriterien für die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf den Teilzeitarbeitsmarkt im Rentenverfahren erläutern. Sie haben Kenntnisse von Sonderfällen und der aktuellen Rechtsauslegung durch das Bundessozialgericht erworben.

Hinweise

Es empfiehlt sich, den zweiten Teil mit einer kurzen Einstiegs- und Begrüßungsrunde zu beginnen, um Fragen und Anmerkungen vom Vortag in den Ablauf zu integrieren.

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

2.1 Bisheriger Beruf bzw. Bezugsberuf

Lehrziel

Die Teilnehmenden können erläutern, was dem Berufsbegriff der Rentenversicherung zugrunde gelegt wird.

Begründung

Der Zeitraum der medizinischen Rehabilitation sollte zunächst zur Erhebung einer möglichst konkreten Arbeitsanamnese genutzt werden, damit der Rentenversicherungsträger später geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen oder eine rasche und zutreffende Entscheidung über den Rentenantrag vornehmen kann. Den bisherigen Beruf bzw. den Bezugsberuf legt später der Rentenversicherungsträger in eigener Zuständigkeit fest und macht ihn zur Grundlage seiner Verwaltungsentscheidung. Im Regelfall sollte die Arbeitsanamnese, die während der medizinischen Rehabilitation erhoben wurde, mit den Angaben des Versicherten im Antrag und den Feststellungen des Rentenversicherungsträgers übereinstimmen bzw. sich einander ergänzen.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung muss vom Arzt die quantitative Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf eingeschätzt werden. Der Berufsbegriff geht dabei über den konkreten Arbeitsplatz und dessen Anforderung hinaus, da er sämtliche Ausübungsformen eines konkreten Berufs umfasst, die es gegenwärtig tatsächlich auf dem Arbeitsmarkt gibt. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen unterstützt den Arzt bei der Einschätzung der möglichen Arbeitsanforderungen und Verweismöglichkeiten.

Inhalt

- Arbeitsanamnese hinsichtlich der Erwerbsminderung nach §43 SGB VI
- Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach §240 SGB VI
- Bestimmung des bisherigen Berufes
- Berufsbegriff der gesetzlichen Rentenversicherung
- Mehrstufenschema
- Verweistätigkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 60 - 67)
- Handout: Bisheriger Beruf bzw. Bezugsberuf (siehe Seite 68 - 72)

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion

Zeit circa 50 Minuten

Anmerkung

Vor der Auswahl geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist vom Rentenversicherungsträger der sogenannte Bezugsberuf festzulegen. Er bildet neben dem sozialmedizinischen Leistungsbild den Ausgangspunkt für die Auswahl geeigneter Leistungen.

Themen

- Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit nach § 240 SGB VI
- Bestimmung des bisherigen Berufes
- Berufsbegriff der gesetzlichen Rentenversicherung
- Mehrstufenschema
- Verweisungstätigkeit

Berufskundlicher Abgleich zwischen

- dem sozialmedizinischen Leistungsvermögen und
- den beruflichen Anforderungen
(*bisheriger Beruf, mögliche Verweisungstätigkeiten, Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes*)

Wichtige Informationen werden dabei dem Reha-Entlassungsbericht entnommen:

- Angaben zur Erwerbsbiografie
(*z. B. erworbene Ausbildungsabschlüsse, Anforderungen am letzten Arbeitsplatz*)
- genaue Informationen zum aktuellen sozialmedizinischen Leistungsvermögen

Bisheriger Beruf vs. letzte berufliche Tätigkeit

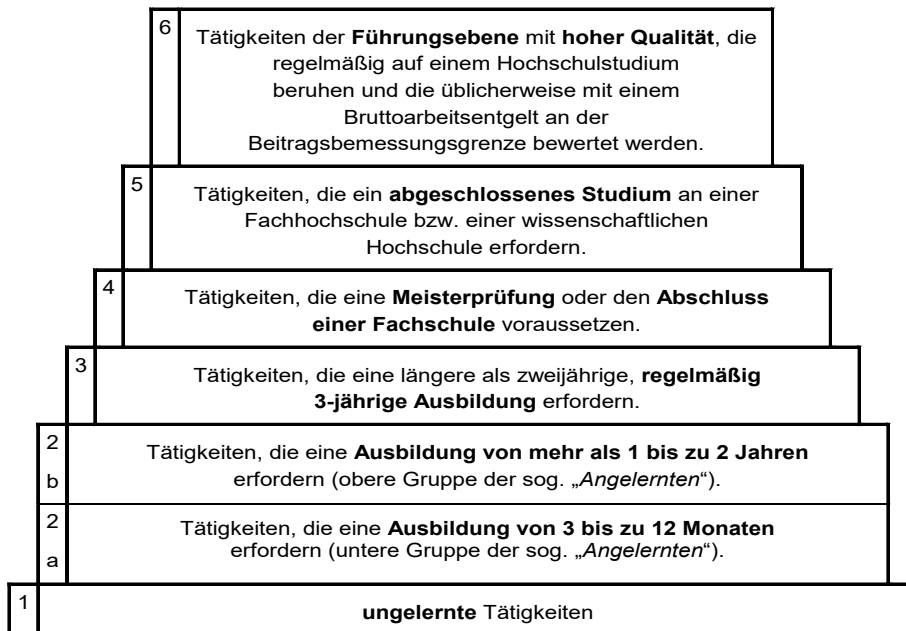
wichtig für Versicherte, die vor 02.01.1961 geboren wurden

- Ausbildungsberuf?
- Betriebliche Stellung?
- Selbstständigkeit?
- Versicherungspflicht?
- Sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt?
- Ein-Euro-Job?
- Umschulungsberuf (LTA)?

§ 240 SGB VI: Berufsunfähig ist... (nur Versicherte, die vor 1961 geboren wurden)

- dessen Leistungsvermögen im bisherigen Beruf auf weniger als sechs Stunden gesunken ist und auch
- eine sozial und gesundheitlich zumutbare Verweisungstätigkeit nicht für die Dauer von arbeitstäglich sechs Stunden verrichtet werden kann
- zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die Versicherte durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgebildet oder umgeschult wurden

Mehrstufigenschema



Beispiel

Berufe in der Kranken- und Altenpflege

- Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer
- Altenpfleger
- Medizinischer Fachangestellter (*Arzthelfer*)
Zahnmedizinischer Fachangestellter (*Zahnarzthelfer*)
- Gesundheits- und Krankenpfleger (*Krankenschwester, Krankenpfleger*)

Beispiel

berufskundlicher Vergleich

Gesundheits- und Krankenpfleger (Altenpfleger)

- Ausbildung 3 Jahre
- Verweisungsmöglichkeiten (*nicht Altenpfleger*):

Mutter-Kind-Kliniken,
**betriebsärztliche
Dienste**

Krankenpflegehelfer/ Altenpflegehelfer

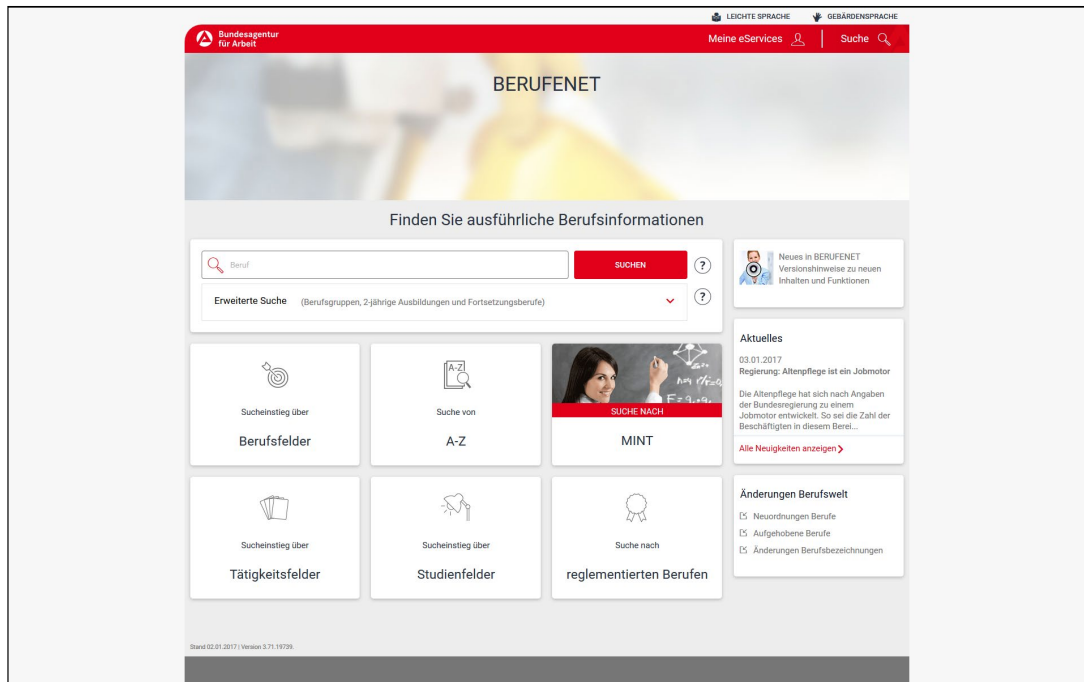
- Ausbildung 1 Jahr
- Verweisungsmöglichkeiten:

Tätigkeiten des
allgemeinen
Arbeitsmarktes

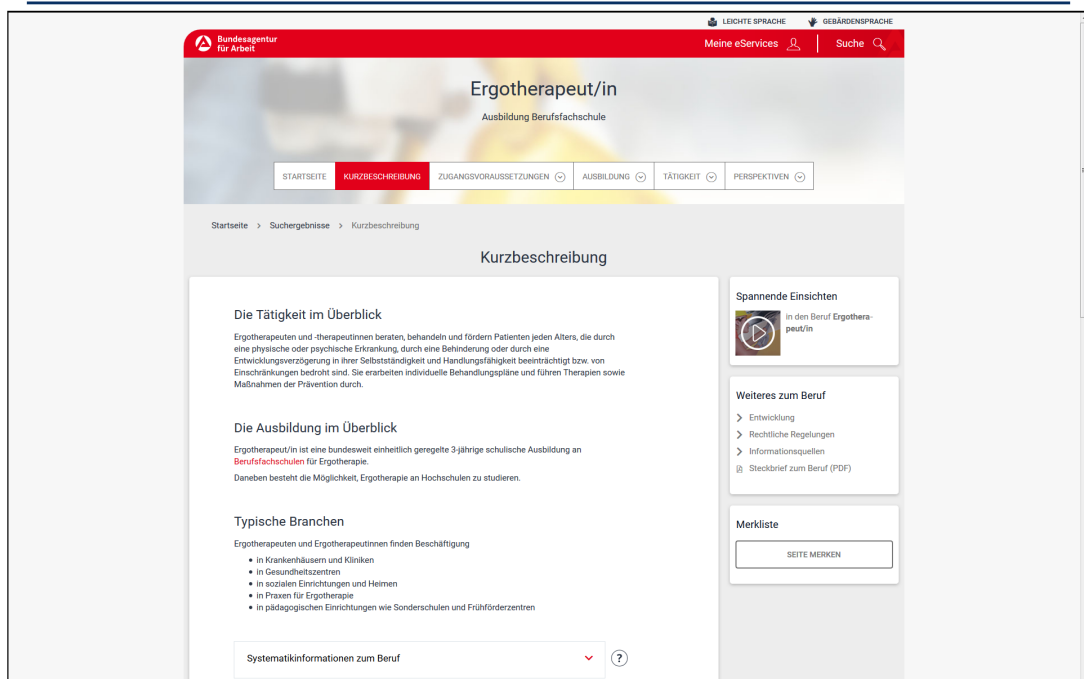
Quellen der Berufskunde im Rentenverfahren

- eigenen Ermittlungen (*Betriebsbesuche*)
- www.berufenet.de
- Auswertung von Urteilen
- Auswertung von Gutachten externer berufskundlicher Sachverständiger in Klageverfahren
- Auswertung von Fachliteratur, Internetrecherche
- Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

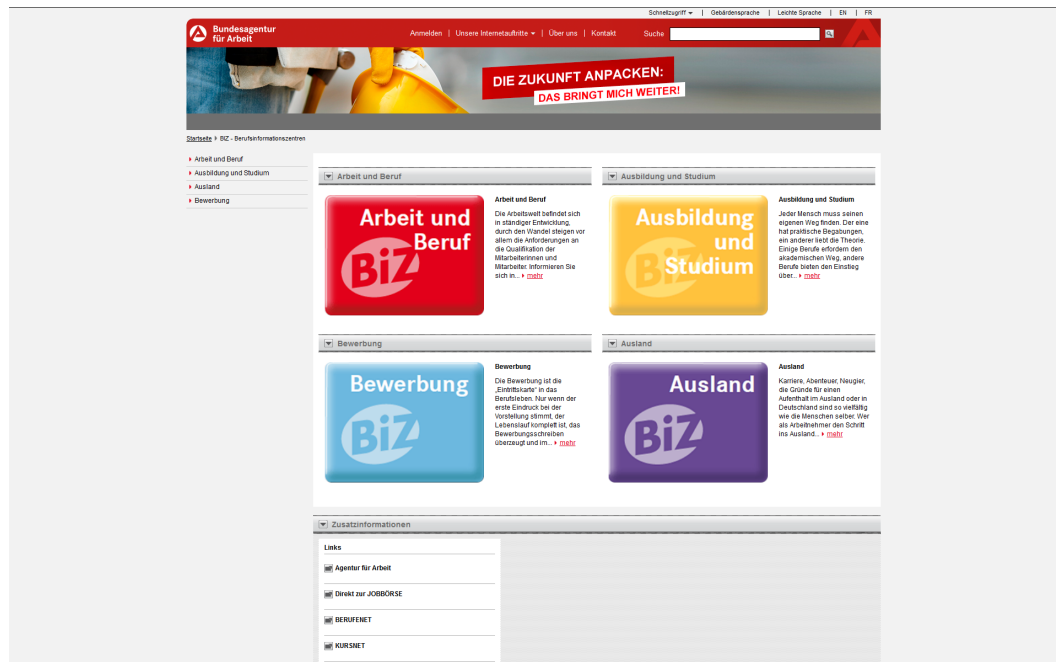
www.berufenet.de



www.berufenet.de



Berufsinformationszentrum (BiZ) der Bundesagentur für Arbeit



Der Berufsgruppenkatalog (Rechtshandbuch)

Struktur und Darstellung der Berufe

- Ausbildung (*rechtliche Grundlagen*)
- Aufgaben und Tätigkeitsmerkmale
- berufstypische gesundheitliche Anforderungen (*körperlich und psychomental*)
- ggf. Angabe von Verweisungsmöglichkeiten

Der Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

aufgeführte Verweisungsmöglichkeiten

- Darstellung des erforderlichen Restleistungsvermögens für diese Tätigkeit
- inhaltliche Beschreibung der Verweisungstätigkeit
- Tätigkeitsbezeichnung, berufliche Einstufung
- Hinweise auf die Rechtsprechungsprechung (*Urteile*), Berichte über Arbeitsplatzerkundungen oder Sachverständigenaussagen
- Hinweise auf mögliche Einschränkungen, die einer Verweisung ggf. entgegenstehen könnten

Der Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

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

The screenshot displays the rvRecht portal, titled "rvRecht® - Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung". It features a navigation bar with tabs for "rvRecht", "Sonstiges", "Änderungsdienst", and "Hilfe". A search bar is located on the right. A sidebar on the left contains a menu with the following sections:

- Allgemeine Themen**
 - Aktuelle Werte - Tabelle zur Anhebung der Altersgrenzen - Urteile
 - Broschüren und Formulare (Vordrucke) finden sie auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung.
- GRA-Übersichten (Gemeinsame Rechtliche Anweisungen)**
 - SGB - Europa- und Vertrags- und Sonstigen Vorschriften
 - SGB I - SGB IV - SGB VI - SGB IX - SGB X - FRG/FANG
- Gesetze und Verträge (Übersichten)**
 - SGB I - SGB IV - SGB VI - SGB IX - SGB X
 - Europarecht - Einzelne Länder

Below the sidebar, there is a text block with contact information and a disclaimer. The footer contains copyright information and a URL.

Der Berufsgruppenkatalog (*Rechtshandbuch*)

rvRecht -> GRA Sonstige -> Berufsgruppenkatalog

The screenshot shows the rvRecht portal interface. The top navigation bar includes 'rvRecht', 'Sonstiges', 'Änderungsdienst', and 'Hilfe'. The breadcrumb trail is 'Startseite > rvRecht > GRA Sonstige > Berufsgruppenkatalog > Berufsgruppen'. The left sidebar contains a tree view with 'Berufsgruppenkatalog' highlighted. A callout box labeled 'Berufsgruppenkatalog' points to this link. The main content area, titled 'Berufsgruppen', shows a list of occupational groups: Gruppe 0: Allgemeiner Arbeitsmarkt - Tätigkeiten im gewerblichen und industriellen Bereich, Gruppe I: Bau- und Holzberufe, Gruppe II: Ernährung und Gastgewerbe, Gruppe III: Gesundheitswesen und Körperpflege, Gruppe IV: Metall- und Elektroberufe, Gruppe V: Sozialpflege und Erziehung, Gruppe VI: Verkauf und Kundenberatung, Gruppe VII: Wirtschaft und Verwaltung, Gruppe VIII: Darstellende Kunst und Musik, and Gruppe IX: Verkehr und Logistik. The footer contains copyright information and a date stamp.

Handout: Bisheriger Beruf bzw. Bezugsberuf

1. Arbeitsanamnese hinsichtlich der vollen und teilweisen Erwerbsminderung gemäß § 43 SGB VI

Für die Feststellung, ob das Leistungsvermögen von Versicherten eingeschränkt ist, werden konkrete Angaben zur letzten beruflichen Tätigkeit benötigt. Diese Tätigkeit bildet den Bezugspunkt beim sozialmedizinischen Leistungsbild. Dafür ist zunächst die Festlegung auf eine bestimmte Berufs- bzw. Tätigkeitsbezeichnung zu treffen. Wurde ein Ausbildungsabschluss erlangt und der Beruf danach ununterbrochen bis zum Eintritt des Leistungsfalls ausgeübt, mag die Festlegung noch einfach sein. Dies gilt aber nur dann, wenn genaue Kenntnisse über die Anforderungen der konkreten Berufstätigkeit vorliegen.

Berufsausübungsformen sind jedoch durch die Dynamik der Arbeitswelt einem ständigen Wandel ausgesetzt, sodass es nicht immer möglich ist, auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Dabei können innerbetriebliche Funktionsbezeichnungen, Positionsbegriffe in Arbeitsverträgen, Ausbildungstitel privater Weiterbildungsträger oder das subjektive berufliche Selbstbild der Versicherten eine genaue Zuordnung erschweren. Auch ist zu beachten, dass der deutsche Arbeitsmarkt zunehmend von englischen Berufsbegriffen geprägt ist. Eine schlichte (Rück)Übersetzung kann schnell zum Fehlschluss führen. Die Erfassung unterbrochener und wechselhafter Erwerbsbiografien ist dabei als zusätzliche Herausforderung anzusehen.

Falls Leistungseinbußen schon länger bestanden, ist es nicht ungewöhnlich, dass Versicherte ihre letzte Berufstätigkeit nur noch an ganz speziell ausgestatteten Arbeitsplätzen verrichten konnten (z. B. an Arbeitsplätzen für hochgradig sehbehinderte Mitarbeiter) oder sie von der besonderen Rücksichtnahme ihrer Arbeitgeber profitierten. Solche Gegebenheiten sind hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes als untypisch anzusehen. Die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit unter diesen untypischen Bedingungen ist den Versicherten nur noch dann zuzumuten, wenn sie über ein entsprechendes gesundheitliches Leistungsvermögen verfügen und ihnen genau dieser Arbeitsplatz weiterhin zur Verfügung steht bzw. er ihnen vermittelt oder eingerichtet werden kann. Insofern kann es erforderlich sein, die Versicherten auch zu den konkreten Umständen ihrer Berufsausübung zu befragen.

Erst in Kenntnis des konkreten Anforderungsprofils kann dann die aktuelle Fähigkeit zu dessen Bewältigung aus sozialmedizinischer Sicht beurteilt werden. Zudem können die in der Vergangenheit erlangten beruflichen Kompetenzen Anhaltspunkte für das Restleistungsvermögen liefern.

2. Arbeitsanamnese hinsichtlich der teilweisen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI

Bei Versicherten, die vor dem 02.01.1961 geboren wurden und deren medizinische Rehabilitation nicht erfolgreich war, kann Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 240 SGB VI bestehen. Für diese Versicherten kommt es nun in besonderem Maße auf die sozialmedizinische

Beurteilung der Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf und für etwaige Verweigerungstätigkeiten an.

2.1 Bestimmung des bisherigen Berufs

Aus rentenrechtlicher Sicht ist der bisherige Beruf in aller Regel die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit.

Eine zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Rahmen der beruflichen Selbstständigkeit, für die keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet wurden, wäre also bei der Bestimmung des bisherigen Berufs nicht heranzuziehen. Zudem werden u. a. pflichtversicherte Tätigkeiten wie z. B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung gemäß § 16d SGB II (sog. Ein-Euro-Job) oder für eine nicht erwerbsmäßige Pfl egetätigkeit gemäß § 3 SGB VI ebenfalls nicht berücksichtigt. Bei einem sogenannten Ein-Euro-Job handelt es sich nicht um eine auf Dauer ausgerichtete Tätigkeit und die nicht erwerbsmäßige Pflege stellt keine Erwerbstätigkeit dar.

Wurde eine frühere (höherwertigere) versicherungspflichtige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben und danach eine andere (geringer qualifizierte) Tätigkeit ausgeübt, ist ggf. die frühere Tätigkeit als bisheriger Beruf zu berücksichtigen. Die (retrospektive) Beurteilung, ob eine vorherige Tätigkeit tatsächlich aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben wurde, muss später im Rentenverfahren anhand geeigneter medizinischer Unterlagen vorgenommen werden.

Auch geringfügige Tätigkeiten können, soweit sie bis zum Eintritt der Erwerbsminderung ausgeübt wurden und dabei der Versicherungspflicht unterlagen, als Grundlage zur Festlegung des bisherigen Berufs herangezogen werden.

2.2 Abgleich des Leistungsvermögens mit dem Anforderungsprofil

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit ergibt sich aus einem Abgleich der ermittelten Funktionsstörungen und verbliebenen Fähigkeiten mit den beruflichen Belastungsfaktoren. Die Leistungsfähigkeit im Beruf ist auf unter 6 Stunden täglich gesunken, wenn entscheidende Anforderungen eines Berufes nicht mehr erfüllt werden können.

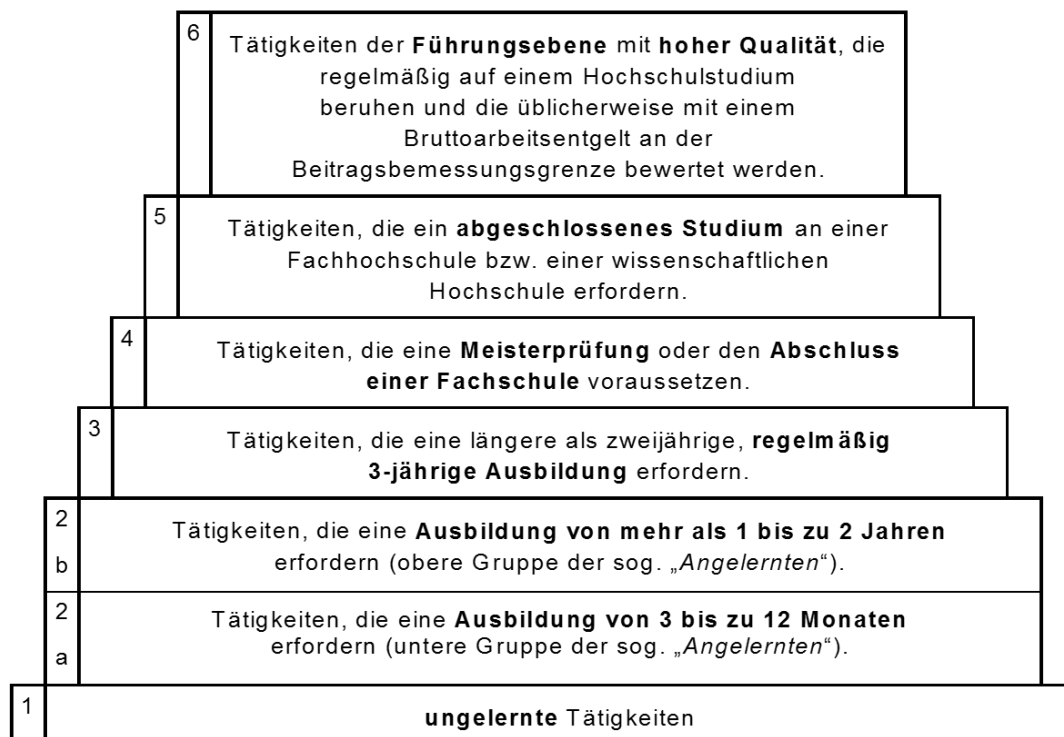
2.3 Berufsbegriff in der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Berufsbegriff in der gesetzlichen Rentenversicherung geht über den konkreten Arbeitsplatz und dessen Anforderung hinaus, da er sämtliche Ausübungsformen eines konkreten Berufs umfasst, die es gegenwärtig tatsächlich auf dem Arbeitsmarkt gibt. Die (regionale) Verfügbarkeit offener Arbeitsstellen für den bisherigen Beruf oder für eventuelle Verweistätigkeiten ist dabei nicht relevant, da hier der Risikobereich der Arbeitslosenversicherung betroffen ist.

2.4 Mehrstufenschema – Zuordnung und soziale Zumutbarkeit

Kann der bisherige Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden, prüft der Rentenversicherungsträger, ob Versicherte auf eine anderweitige Tätigkeit verwiesen werden können. Neben der **gesundheitlichen Zumutbarkeit** dieser Tätigkeit muss also auch die **soziale Zumutbarkeit** anhand des Mehrstufenschemas des Bundessozialgerichts im Antragsverfahren berücksichtigt werden.

Abb. 1: Mehrstufenschema des Bundessozialgerichts



Die Zuordnung wird anhand der Dauer und des Umfangs der Ausbildung vorgenommen. Falls keine formale Ausbildung für den bisherigen Beruf absolviert wurde, muss im Antragsverfahren anhand von Unterlagen die konkrete Position im betrieblichen Gefüge nachgewiesen werden.

2.5 Anforderungen einer Verweisungstätigkeit

Sozial zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie im Mehrstufenschema in der gleichen Stufe wie der bisherige Beruf oder eine Stufe tiefer einzuordnen ist. Diese Verweisungstätigkeit muss dem eingeschränkten Leistungsvermögen des Versicherten noch entsprechen. Zudem darf sie keine längere als dreimonatige Einarbeitungszeit erfordern und muss im nennenswerten Umfang (ca. 300 offene oder besetzte Arbeitsplätze bundesweit) tatsächlich in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden sein.

Kann eine Verweisungstätigkeit gemäß den vorgenannten Kriterien benannt werden, wird der Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit mit dieser Begründung abgelehnt. Dieses Benennungserfordernis soll den Versicherten in die Lage versetzen, den Einwand des Rentenversicherungsträgers, er könne noch eine zumutbare Tätigkeit verrichten, zu überprüfen. Dafür stehen dem Versicherten das Widerspruchs- und später das Klageverfahren offen.

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die berufliche Rehabilitation

Vor der Auswahl geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist vom Rentenversicherungsträger der sogenannte Bezugsberuf festzulegen. Er bildet neben dem sozialmedizinischen Leistungsbild den Ausgangspunkt für die Auswahl geeigneter Leistungen.

Im Unterschied zum bisherigen Beruf im Falle der Berufsunfähigkeit kommt es beim Bezugsberuf nicht nur auf die letzte versicherungspflichtige Tätigkeit an. Vielmehr ist die Erwerbsbiografie des Versicherten nach der Tätigkeit zu bewerten, die ihr in den letzten Jahren das Gepräge gegeben hat - die also mit einer gewissen Dauer und in einem gewissen Umfang ausgeübt wurde. Dabei ist es zweitrangig, ob dafür auch eine entsprechende Ausbildung erfolgreich durchlaufen wurde. Vielmehr genügt die tatsächliche Ausübung einer Tätigkeit, um sie als Bezugsberuf heranzuziehen. Der (rehabilitationsrechtliche) Bezugsberuf ist also definitionsgemäß weiter gefasst als der (rentenrechtliche) bisherige Beruf.

Werden nach der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur beruflichen Rehabilitation angestrebt, kann die Darstellung der Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht ebenfalls wichtige Hinweise liefern.

4. Stellenwert der Arbeitsanamnese während der medizinischen Rehabilitation

In Unkenntnis der genauen Rechtslage sind manche Versicherte nicht in der Lage, die Bedeutung von Sachverhalten ihrer Erwerbsbiografie zu erkennen. Im Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente können fehlende Informationen zunächst zu Verzögerung oder gar Fehlentscheidungen führen. Erfahrungsgemäß können dann im Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren u. a.:

- der Zeitpunkt des Leistungsfalls,
- die Bestimmung des bisherigen Berufs,
- der Nachweis einer gesundheitsbedingten Lösung vom bisherigen Beruf,
- die Festlegung des körperlichen und psychischen Anforderungsprofils für den bisherigen Beruf,
- die Zuordnung zum Mehrstufenschema und
- die Benennung einer sozial und gesundheitlich zumutbaren Verweisungstätigkeit

strittig sein. Zudem können abweichende Rechtsauffassungen zu diesen Punkten im Widerspruchs- und Klageverfahren aufeinandertreffen.

Der Zeitraum der medizinischen Rehabilitation sollte zunächst zur Erhebung einer möglichst konkreten Arbeitsanamnese genutzt werden, damit der Rentenversicherungsträger später geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen oder eine rasche und zutreffende Entscheidung über den Rentenantrag vornehmen kann.

Dem Grunde nach werden alle dafür relevanten Informationen bereits schon bei der Antragstellung vom Versicherten erhoben. In der Praxis zeigt sich aber, dass diese

Informationen manchmal unvollständig oder fehlerhaft sind. Eine während der medizinischen Rehabilitation sorgsam erstellte Arbeitsanamnese kann helfen, Informationslücken bei der späteren Antragsbearbeitung zu schließen.

Den bisherigen Beruf bzw. den Bezugsberuf legt später der Rentenversicherungsträger in eigener Zuständigkeit fest und macht ihn zur Grundlage seiner Verwaltungsentscheidung. Im Regelfall sollte die Arbeitsanamnese, die während der medizinischen Rehabilitation erhoben wurde, mit den Angaben des Versicherten im Antrag und den Feststellungen des Rentenversicherungsträgers übereinstimmen bzw. sich einander ergänzen.

Qualitätskriterien der Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht

- Die Schilderung eines typischen Arbeitstages mit körperlichen und psychischen Anforderungen,
- die Mitteilung der genauen Positionsbezeichnung und deren Zuordnung im betrieblichen Gefüge,
- die Nennung erlangter Berufsabschlüsse,
- die Darstellung einer chronologischen Erwerbsbiografie (tabellarischer Lebenslauf) sowie
- ggf. die Angabe gesundheitlicher Gründe für einen Stellenwechsel in der Vergangenheit

sind als Qualitätsmerkmale einer guten Arbeitsanamnese im Entlassungsbericht anzusehen.

Dabei sollten zunächst die subjektiven Schilderungen der Versicherten zu diesen Punkten im Entlassungsbericht erfasst werden. Die objektive Richtigkeit ist später vom Rentenversicherungsträger zu prüfen. Stellen sich Angaben der Versicherten dann als unzutreffend heraus, ist dies nicht den Rehabilitationseinrichtungen anzulasten. So ist beispielsweise nur der Rentenversicherungsträger anhand des Zugriffs auf das Rentenkonto in der Lage, festzustellen, ob eine Tätigkeit tatsächlich der Versicherungspflicht unterlag. Ein Mangel im Entlassungsbericht bestünde aus Sicht der Rentenversicherung hingegen in einer unvollständigen oder gar fehlenden Arbeitsanamnese.

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

2.2 Identifikation von LTA-Bedarf

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Voraussetzungen und Inhalte der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) benennen und kennen die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation im Rahmen des LTA-Verfahrens sowie das Beratungsangebot der Deutschen Rentenversicherung.

Begründung

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen Leistungen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur beruflichen Anpassung, Berufsvorbereitung, Fort- und Weiterbildung, Ausbildung und Qualifizierung sowie finanzielle Hilfen. Während der medizinischen Rehabilitation sollen die Rehabilitanden bei Bedarf über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert werden. Die Teilnehmenden erhalten einen Überblick über das Leistungsangebot, die Voraussetzungen zum Erhalt einer solchen Leistung und die Beratungsmöglichkeiten für Versicherte und Arbeitgeber. Sie werden zu einem unterstützenden und zielorientierten Umgang mit den Rehabilitanden befähigt.

Inhalt

- Voraussetzungen für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 10, 11 und 12 SGB VI)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 ff. SGB IX)
- Rehabilitationsberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung
- Firmenservice der DRV

Material

- Folien (siehe Seiten 75 - 79)
- Handout: DRV Formular. Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) für LTA G0130

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Die Deutsche Rentenversicherung entscheidet nach Antragstellung über Art, Umfang und Höhe der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Sozialarbeiter in der Rehabilitationseinrichtung kann mit dem Rehabilitanden bei Bedarf berufliche

Alternativen erarbeiten und einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anregen. Im Entlassungsbericht soll keine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen werden. Hintergrund ist, dass in den Reha-Einrichtungen weder ausreichende Kenntnisse vom (wohn-)örtlichen Arbeits- als auch Bildungsmarkt vorliegen, noch eine Einschätzung der Qualität der einzelnen Leistungen bzw. deren Voraussetzungen geleistet werden kann. Welcher Beruf als Bezugsberuf relevant ist, wird vom Leistungsträger festgelegt.

Die Referenten sollten auf eine Diskussion über die unterschiedliche Praxis von Reha-Beratung vorbereitet sein. Es wird in vielen Fällen eine Diskussion darüber geben, wie eine gute Beratung und Information der Rehabilitanden auszusehen hat und welche Ansprüche die Rehabilitanden aus dieser Beratung formulieren.

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG), wurde 2016 verabschiedet. Der Gesetzgeber hat sich, auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), das Ziel gesetzt, eine zeitgemäße Gestaltung mit besserer Nutzerorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der deutschen Eingliederungshilfe zu erreichen. Das BTHG wird in vier Reformstufen bis 2023 umgesetzt. Das Gesetz soll mehr Möglichkeiten und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen schaffen. Die Referenten müssen die aktuellen Entwicklungen und Änderungen zum Thema in die Vorträge und Diskussionen einarbeiten.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 11 SGB VI Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- die Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird bezogen oder
- nur für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - wenn ohne LTA Rente zu leisten wäre („Reha vor Rente“) oder
 - wenn LTA unmittelbar im Anschluss an eine medizinische Reha erforderlich ist

§ 12 SGB VI Ausschluss von Leistungen

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 10 SGB VI Persönliche Voraussetzungen

- Minderung oder erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit – „Reha-Bedarf“
- voraussichtliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch die Leistung – „positive Reha-Prognose“ – Erfolg muss wahrscheinlich sein!
- für LTA ist der Bezugsberuf des Versicherten entscheidend
 - grundsätzlich letzte versicherungspflichtige Tätigkeit
 - wenn von gewisser Dauer
 - sonst Tätigkeit, die die letzten Jahre geprägt hat
 - außer Acht lassen von unüblichen Ausprägungen am Arbeitsplatz

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ziele

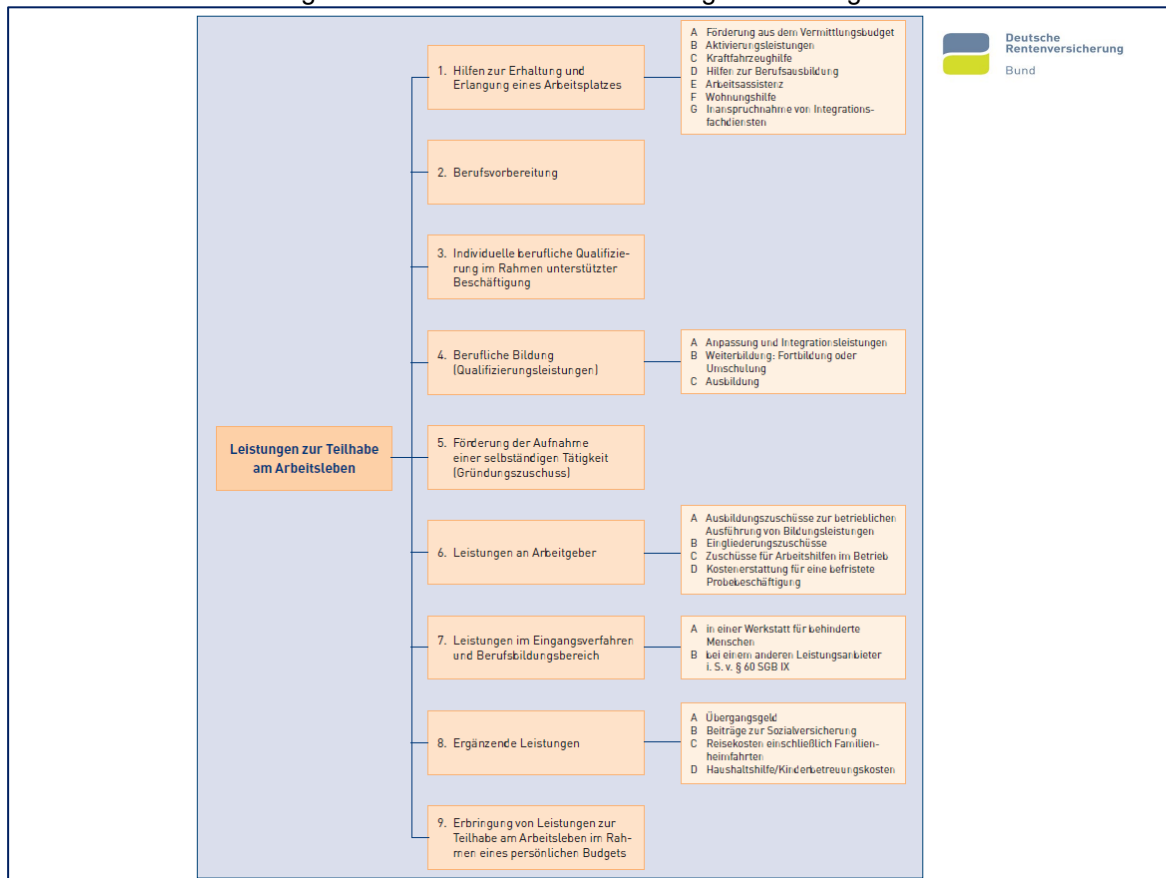
1. Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und
2. Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 116 Abs. 2 SGB VI – Umdeutung des Rehabilitationsantrages

Der Rehabilitationsantrag gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

1. ein Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist *oder*
2. die vorhergehende Rehabilitationsmaßnahme nicht erfolgreich war
 - grundsätzlich Antragstellung erforderlich
 - Amtsermittlungsgrundsatz
 - „Reha vor Rente“



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz**
 - technische Arbeitshilfen
 - Hilfsmittel zur Berufsausübung (*Achtung: Rechtsänderung!!*)
 - Kraftfahrzeughilfe
 - Wohnungshilfe
- **Eingliederungsmaßnahmen/Hilfen zur Arbeitsaufnahme**
 - Umzugskostenbeihilfe, Fahrkostenbeihilfe, Übergangsbeihilfe
 - Bewerbungskosten
 - Arbeitsplatzassistent
 - Reintegrationsmaßnahmen mit Betriebspraktika
 - betriebliche Trainingsmaßnahmen
 - Einschaltung Integrationsfachdienst
 - Leistungen an Arbeitgeber
 - Gründungszuschuss (*für Aufnahme selbständiger Tätigkeit*)



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

• Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz

- Hilfsmittel zur Berufsausübung (*Achtung: Rechtsänderung!!*)
- → GRA zu § 49 Ziff. 17 SGB IX i.V.m. AGDR 3/2017

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines höhenverstellbaren Schreibtisches wird abgelehnt, weil der Arbeitgeber für die Versorgung zuständig ist.

Höhenverstellbare Schreibtische sind einer ergonomisch zeitgemäßen, den Wechsel zwischen stehender und sitzender Arbeitshaltung gewährleistenden Büroausstattung zuzurechnen. Hierfür -oder für die Schaffung alternativer Möglichkeiten zu einem Haltungswechsel- ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich.

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines orthopädischen Bürostuhles wird abgelehnt, da eine ergonomische Arbeitsplatzausstattung nach den gesetzlichen Vorschriften ausreichend ist.

Dies schließt eine Verpflichtung des Trägers der Rehabilitation aus.

Bitte wenden Sie sich daher an Ihren Arbeitgeber.



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

• Leistungen für einen konkreten Arbeitsplatz

- Hilfsmittel zur Berufsausübung (*Achtung: Rechtsänderung!!*)
- → GRA zu § 49 Ziff. 17 SGB IX i.V.m. AGDR 3/2017

Der Antrag auf Kostenübernahme für die Anschaffung eines orthopädischen Fahrersitzes wird abgelehnt.

Ein handelsüblicher Fahrersitz entspricht -unabhängig von der Preisklasse- stets ergonomischen Anforderungen. Für die Ausstattung beruflich genutzter Kraftfahrzeuge mit solchen Fahrersitzen ist der Arbeitgeber aufgrund der Arbeitsschutzbestimmungen verantwortlich.

Die Leistungsverpflichtung der Rentenversicherung besteht insoweit grundsätzlich nicht.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **Qualifizierungsmaßnahmen**
 - Weiterbildung (*betrieblich oder überbetrieblich*)
 - Fortbildung
 - kürzere Anpassungslehrgänge
- **ergänzende Leistungen**
 - Übergangsgeld
 - Reisekosten
 - Haushaltshilfe
- **sonstiges**
 - Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung
 - Werkstatt für behinderte Menschen
 - unterstützte Beschäftigung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

§ 50 SGB IX Leistungen an Arbeitgeber

- **Ausbildungszuschüsse**
- **Eingliederungszuschüsse**
 - Regelfall 50 % bis 1 Jahr
 - Nachbeschäftigungsverpflichtung im Umfang der Förderdauer
- **Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**
 - Umbauten wie Rampen, Lifte, behindertengerechte Toiletten
 - neben Hilfsmitteln nach § 49 SGB IX möglich
 - für konkreten Versicherten (*sonst Arbeitgeber + Integrationsamt*)
- **Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung**

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

2.3 Die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Kriterien für die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und auf den Teilzeitarbeitsmarkt im Rentenverfahren erläutern.

Begründung

Die Rentenversicherung prüft bei Rentenantragstellung die Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und den Teilzeitarbeitsmarkt. In der medizinischen Rehabilitation muss im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vom Arzt die quantitative Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt werden. Hierzu bedarf es der Kenntnis der Merkmale des allgemeinen Arbeitsmarktes in seiner aktuellen Rechtsauslegung. Dabei handelt es sich um eine rechtlich abstrakte Betrachtungsweise, die unabhängig von den konkreten Lebensumständen der Versicherten angewendet wird. Bei einem gesundheitlichen Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden kommt es jedoch ganz konkret darauf an, ob diese teilweise erwerbsgeminderten Versicherten bereits einen leistungsge rechten Teilzeitarbeitsplatz innehaben oder er ihnen vermittelt werden kann.

Inhalt

- allgemeiner Arbeitsmarkt
 - Arbeitszeit: Verteilung, Pausen
 - Erreichbarkeit der Arbeit: Wegefähigkeit
 - Kontinuität: „gewisse Regelmäßigkeit“
- Teilzeitarbeitsmarkt
- Sonderfälle
- Prüfschritte des Bundessozialgerichtes

Material

- Folien (siehe Seiten 81 - 86)

Hinweise zur Durchführung

Vortrag mit Diskussion von Fragen der Teilnehmenden

Zeit circa 80 Minuten



Der allgemeine Arbeitsmarkt

- heute: seit der Reform der Erwerbsminderungsrente ab 01.01.2001 umfasst der allgemeine Arbeitsmarkt **jede nur denkbare Tätigkeit** des gesamten Arbeitsmarktes
- *früher: (bis 31.12.2000/altes Recht) nur geistig einfache und körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten*

Ausschluss/Negativabgrenzung

- Werkstätten für behinderte Menschen
- Schonarbeitsplätze, die nur betriebsinternen Mitarbeitern zugänglich sind, falls Versicherte nicht einen solchen Arbeitsplatz bereits innehaben und er ihrem Leistungsvermögen entspricht

Die üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt



- Arbeitszeit: Verteilung, Pausen
- Erreichbarkeit der Arbeit: Wegefähigkeit
- Kontinuität: „gewisse Regelmäßigkeit“



Arbeitszeit und Verteilzeit

- sachliche und persönliche Verteilzeit (*nicht Bestandteil der Pause und der eigentlichen Arbeitszeit*)
- **sachlich:** z. B. Computer hochfahren, Raum lüften usw.
- **persönlich:** z. B. den Urlaubsantrag ausfüllen, Bescheinigung im Personalbüro abgeben usw.
- im Bürobereich liegt der Anteil der Verteilzeit innerhalb eines Arbeitstages höher als im gewerblichen Bereich (*dort nur ca. 5 %*)
- **aber:** es besteht kein Rechtsanspruch auf Verteilzeit, da der Arbeitnehmer dem Direktionsrecht des Arbeitgebers unterliegt!
- Verteilzeit in der Regel ausreichend z. B. für Blutzuckermessung, Insulin spritzen oder Einnahme einer kleinen Zwischenmahlzeit (*Rechtsprechung*) sowie Vornahme eines Haltungswechsels



Arbeitszeit – Lage und Verteilung

Umfang der Pausen gemäß Arbeitszeitgesetz:

- nach 6 Stunden Arbeit 30 Minuten Pause und
- nach 9 Stunden Arbeit 45 Minuten Pause (*Teilung möglich*)

zusätzliche Pausen können je nach Gewerbe und Tarifvertrag verbindlich sein (*Beispiele*):

- Bandpause pro Stunde 5 Minuten extra (*1973 als sog. „Steinkühler-Pause“ für die Fließbandarbeit in der baden-württembergischen Automobilindustrie eingeführt worden*)
- Ablösung beim Abstich am Hochofen (*Arbeitsschutz*)



Bildschirmpause

„Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass die Tätigkeiten der Beschäftigten an Bildschirmgeräten insbesondere durch andere Tätigkeiten oder regelmäßige Erholungszeiten unterbrochen werden.“

Nr. 6.1 Abs. 2 im Anhang nach § 3 Abs. 1 Arbeitsstättenverordnung – ArbStättV - vom 12.08.2008 zuletzt geändert am 30.11.2016 BGBl. I Nr. 56 vom 02.12.2016 S. 2681 ff.; zugleich trat die Bildschirmarbeitsverordnung vom 04.12.1996 außer Kraft

- 5 Minuten Bildschirmpause pro Stunde = nur Empfehlung
- keine „echte“ Pause gemäß Arbeitszeitgesetz
- Unterbrechung „insbesondere durch andere Tätigkeiten“
- Entlastung eigentlich nur für die Augen (*nicht für die Hände*) möglich
- Ausgestaltung aber durch betriebliche und tarifvertragliche Regelungen möglich



Arbeitszeit und Toilettengang

Vorhandensein von Toilettenräumen

Maßgeblich ist die Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV –

vom 12.08.2008 zuletzt geändert am 30.11.2016 (BGBl. I Nr. 56 vom 02.12.2016 S. 2681 ff.)

- Nr. 4 im Anhang nach § 3 Absatz 1: „Der Arbeitgeber hat Toilettenräume zur Verfügung zustellen... Sie müssen sich sowohl in der Nähe der Arbeitsräume als auch in der Nähe von Kantinen, Pausen- und Bereitschaftsräumen, Wasch- und Umkleideräumen befinden.“
- gilt nicht im Reisegewerbe und Marktverkehr, in Transportmitteln sowie auf Flächen der Land- und Forstwirtschaft (§ 1 Abs. 2)

sozialmedizinische Fragestellung:

Überschreitet die Dauer und Frequenz der Toilettengänge während einer Arbeitsschicht den Umfang von Pause und Verteilzeit aus gesundheitlichen Gründen?

Einschränkungen zur Arbeitszeit

aus der Rechtsprechung des BSG



betriebsunüblich sind zusätzliche Arbeitspausen von:

- zweimalig 15 Minuten innerhalb von 2 Stunden
- dreimal 10 Minuten innerhalb von 2 Stunden oder
- halbstündigen Pausen alle 2 Stunden

Wegefähigkeit



generalisierter Maßstab des Bundessozialgerichts:

- 4 x pro Tag mehr als 500 m in weniger als 20 Minuten

Maßstab: 2 x Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs, individuelle Gegebenheiten am Wohnort der Versicherten sind unbeachtlich

- Wenn 500 m in 20 Minuten nicht ausreichen, ist als Ausgleich die Nutzung verfügbarer Pkws (*Führerschein, Autobesitz, Fahrgemeinschaft*) zumutbar.



Prüfung der eingeschränkten Wegefähigkeit

- Aus orthopädischen und/oder psychischen Gründen eingeschränkt?
- Exakte Entfernungs- und Zeitangaben gemessen oder sozialmedizinische Expertenschätzung?
- Wie kam der/die Versicherte zur Begutachtung in die Reha-Klinik und wieder zurück nach Hause?
- Wie hat er sich dort fortbewegt?
- Wurde Fahrtkostenerstattung beantragt, wenn ja welche?

Beruht die Erwerbsminderung ausschließlich auf der eingeschränkten Wegefähigkeit wird dem Versicherten im Ablehnungsbescheid die Übernahme von Fahrtkosten zur Anbahnung und Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses konkret zugesichert.



Der Teilzeitarbeitsmarkt

.. ist nicht im Gesetz, sondern nur in der Gesetzesbegründung festgelegt und bezieht sich dabei auf die Rechtsprechung des BSG.

Bei einem Leistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden kommt es darauf an, ob Versicherte einen leistungsgerechten Teilzeitarbeitsplatz innehaben oder ob er ihnen angeboten werden kann (*konkrete Prüfung*).

- Steht kein passender Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung, besteht Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung aufgrund des verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes (*Grund: Überdurchschnittlich leistungsgeminderte Bewerber (3 bis unter 6 Stunden) konkurrieren mit gesunden Bewerber auf dem Teilzeitarbeitsmarkt.*)
- Rentenversicherung trägt das Vermittlungsrisiko auf dem Teilzeitarbeitsmarkt
- konkrete Prüfungen in Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit führen kaum zu Vermittlung auf freie Teilzeitarbeitsplätze
- aber hohe „Vermittlungsquote“ bei bestehenden Arbeitsverhältnissen

Sonderfälle

obwohl Leistungsvermögen von mehr als 6 Stunden besteht



- **schwere spezifische Leistungsbehinderung:**
eine einzige schwerwiegende Behinderung versperrt ein weites Feld von Beschäftigungsmöglichkeiten
 - **Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen:**
eine Mehrzahl von Einschränkungen, die zwar jeweils nur einzelne Verrichtungen oder Arbeitsbedingungen betreffen, aber in ihrer Summe das noch mögliche Arbeitsfeld in erheblichen Umfang zusätzlich einengen können
- **Benennungspflicht!**
- Es handelt sich hier um eine juristischen Einschätzung, die anhand des sozialmedizinischen Leistungsbildes getroffen wird!

Prüfschritte des BSG

aus dem Urteil vom 19.10.2011 – B 13 R 78/09 R



- Ist das Restleistungsvermögen noch ausreichend für folgende Tätigkeiten?
Zureichen, Abnehmen, Transportieren, Reinigen, Bedienen von Maschinen, Kleben, Sortieren, Verpacken, Zusammensetzen von Teilen usw.
- **falls ja:** Benennung von Arbeitsfeldern reicht aus!
- **falls nein:** bestehen „ernste Zweifel“ und es muss eine konkrete Verweisungstätigkeit benannt werden; ist dies nicht möglich, besteht Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung!

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

2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3

Lehrziel

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

Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht den Teilnehmenden, die für sie wichtigen Themen noch einmal zu reflektieren und hervorzuheben. Bisher unbeantwortete Fragenkomplexe können noch einmal thematisiert und ggf. abschließend diskutiert werden. Zum Abschluss soll ein Ausblick auf das dritte Modul des Curriculums gegeben werden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, sich auf die Inhalte vorzubereiten, um zum Beispiel eigene Bedürfnisse, klinische Erfahrungen oder auch strukturelle Fragen besser einbringen zu können.

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte
- Ausblick auf das Modul 3
 - Fallarbeit
 - Erstellung eines berufsgruppenspezifischen Befundes bzw. Berichtes
 - Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes/Berichtes im Reha-Team
 - Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
 - Umsetzung einer multidisziplinären sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag

Material

- Folien (siehe Seite 88)

Hinweise zur Durchführung

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

Die Referenten fassen die Inhalte und die Ziele des Moduls 2 „Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung“ im Rahmen des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ für die Teilnehmenden abschließend zusammen. Sie geben einen inhaltlichen und organisatorischen Ausblick auf das dritte Modul im Curriculum.

Teilnahmebescheinigungen und Feedbackbögen werden verteilt.

Zeit circa 20 Minuten

Kliniktransfer

- Was nehmen Sie von diesem Seminar für Ihren klinischen Alltag mit?
- Wo besteht in Ihrer Klinik/Ihrer Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf?
- Wie können Sie die Schulung Ihrer Berufsgruppe durchführen?
- Was benötigen Sie ggf. als Unterstützung?
-

Termine und Inhalte

Termine

xxx

Inhalte

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

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Abteilung Rehabilitation

Dezernat 8023

Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon: 030 865-82086, Fax: 030 865-82123

Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

E-Mail: fortbildungen-reha@drv-bund.de

3. Auflage 08/2022



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund