



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

LEITLINIEN ZUR REHABILITATIONSBEDÜRFTIGKEIT FÜR LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

- für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund¹

1	Sozialmedizinische Bedeutung	3
2	Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	7
2.1	Gesetzliche Voraussetzungen	7
2.2	Persönliche Voraussetzungen.....	8
2.3	Sachaufklärung.....	9
2.4	Antragsbearbeitung.....	11
3	Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit.....	13
4	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.....	14
4.1	Wichtige Angaben und Befunde.....	14
4.2	Positives Leistungsbild.....	14
4.3	Negatives Leistungsbild.....	15

¹ Ab 1.10.2005 Nachfolger von BfA und VDR im Rahmen der Organisationsreform der Deutschen Rentenversicherung.

5	Psychische Störungen	19
5.1	Diagnoseübergreifende Fragestellungen bei der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19
5.2	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Impulskontrollstörungen einschließlich Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen	19
5.3	Affektive Störungen (ICD-10: F3).....	24
5.4	Schizophrene Störungen (ICD-10: F2)	27
5.5	Abhängigkeitserkrankungen	31
5.6	Differentielle Indikationsstellung für unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	35
6	Erkrankungen des Nervensystems.....	40
6.1	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	40
6.2	Encephalomyelitis disseminata.....	43
6.3	Epilepsie	47
6.4	Neuromuskuläre Erkrankungen	52
6.5	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	56
6.6	Traumatische und andere Läsionen des Nervensystems	60
7	Anhang	68
7.1	REFA-Klassifizierung Arbeitsschwere.....	68
7.2	Klassifizierung von Arbeitshaltung und -organisation.....	69
7.3	Kurtzke-Skala, EDSS	70
7.4	Berufskrankheiten	71
7.5	Art der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	72
7.6	Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation	77
7.7	Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation.....	79
8	Nachwort: Erstellung und Implementation der Leitlinien	80
9	Literaturverzeichnis	83

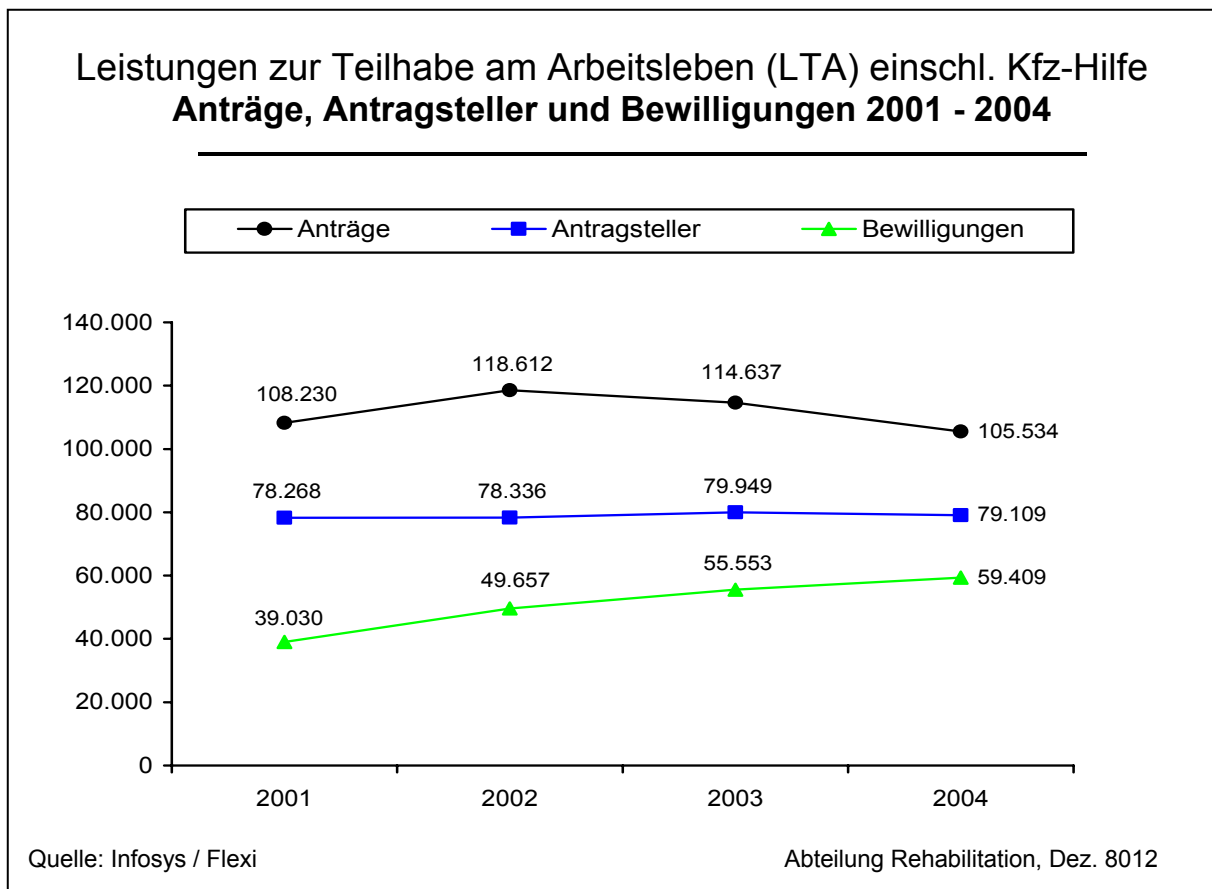
1 Sozialmedizinische Bedeutung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen insbesondere Leistungen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, zur beruflichen Anpassung, Berufsvorbereitung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung sowie finanzielle Hilfen zur Anschaffung eines Kraftfahrzeuges (einschließlich behindertengerechter Zusatzausstattung). Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der Versicherten zu berücksichtigen (Geschäftsbericht 2004 der BfA).

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im Jahr 2004 einschließlich ergänzender Leistungen 0,4 Mrd. Euro ausgegeben worden. Gegenüber dem Vorjahr hat sich eine Ausgabensteigerung von 10,5 % ergeben.

Aus der in Abbildung 1 erkennbaren Differenz zwischen Anträgen und Antragstellern wird deutlich, dass Antragsteller durchschnittlich mehr als einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen. Die steigende Anzahl der Bewilligungen seit 2001 bei nahezu gleich bleibender Anzahl von Antragstellern illustriert, dass zur beruflichen Wiedereingliederung mehr Einzelleistungen notwendig sind; hierfür werden u. a. arbeitsmarktbedingte Gründe verantwortlich gemacht.

Abbildung 1:



Generell ist beim Vergleich von Anträgen und Bewilligungen zu berücksichtigen, dass Bewilligungen gegenüber den Anträgen zeitversetzt erfasst werden.

Anhand der Tabelle 1 kann die differenzierte Entwicklung der Bewilligungen zu den verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den Jahren 2001 bis 2004 nachvollzogen werden. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Zunahme bewilligter Leistungen, die überwiegend auf Eingliederungsmaßnahmen und technische Hilfsmittel zurückzuführen sind.

Tabelle 1: Bewilligungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Verlauf 2001 - 2004, BfA

	2001	2002	2003	2004
Abklärung berufliche Eignung (Arbeitserprobung, Berufsfindung)	3.235	4.296	4.453	3.786
Vorförderung (Auffrischung schulischen Wissens, Kompetenz-/Arbeitstraining)	2.438	3.000	3.236	2.574
Qualifizierte LTA (Umschulungen, qualifizierende Maßnahmen)	9.503	11.758	13.409	13.448
Eingliederungsmaßnahmen (Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes)	14.474	19.513	21.696	24.460
Technische Hilfsmittel	4.876	7.116	9.073	10.872
Sonstige nachgehende Maßnahmen	14	33	37	55
Wohnungshilfe	36	42	69	104
Kraftfahrzeughilfe (Kfz)	4.372	3.758	3.430	3.852
Sonstige LTA, Beteiligungsfälle	82	141	150	258
Summe LTA nach § 33 SGB IX	39.030	49.657	55.553	59.409
Quelle: Infosys, Anträge und Erledigungen				

Der Anteil qualifizierender LTA (berufliche Bildungsmaßnahmen wie z. B. Umschulungen, Ausbildungen) ist bei den Bewilligungen in den vergangenen Jahren zurückgegangen zugunsten von Hilfen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (Eingliederungsmaßnahmen): Der Anteil qualifizierender LTA betrug 1998 noch 36,6 %, im Jahr 2004 demgegenüber 22,6 %, während der Anteil der Eingliederungsmaßnahmen von 22,5 % (1998) auf 41,2 % (2004) anstieg.

In Tabelle 2 sind im Jahr 2003 abgeschlossene Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben nach den wichtigsten Leistungsarten sowie den vorrangigen Indikationen Muskel-Skelett-Krankheiten, psychische und Verhaltensstörungen sowie neurologische Krankheiten dargestellt. Der größte Anteil an den Leistungen zur Teilnahme (LTA) am Arbeitsleben wurde aufgrund muskuloskeletaler Krankheiten durchgeführt,

gefolgt von psychischen und neurologischen Krankheiten. Im Jahr 2003 wurden in diesen drei Indikationen 77 % aller LTA durchgeführt.

Tabelle 2: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Aufteilung der Leistungsarten bei den wichtigsten Indikationen - BfA 2003

Leistungsart	MSK*	PS*	NS*	Sonstige	Gesamt
Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	5.006	100	287	1.787	7.180
Vermittlungsbescheide/Auswahlverfahren	3.466	1.298	286	1.399	6.449
Berufsvorbereitung	1.610	781	119	660	3.170
Berufliche Bildung	5.308	2.167	346	2.083	9.904
Kfz-Hilfen	1.182	19	660	538	2.399
Leistungen an Arbeitgeber	1.441	239	110	455	2.245
Werkstatt für behinderte Menschen	31	974	111	179	1.295
RPK**, BTZ**	50	164	6	46	266
Sonstiges	-	-	-	433	433
Summe	18.094	5.742	1.925	7.580	33.341
* MSK: Muskel-Skelett-Krankheiten und Krankheiten des Bindegewebes PS: Psychische und Verhaltensstörungen NS: Krankheiten des Nervensystems ** RPK: Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte BTZ: Berufliches Trainingszentrum					
Quelle: Dez. 8012, MSATBFGR Maßnahmeart BL Gruppen DIA1KAP					

Aus der Differenzierung nach Altersgruppen (siehe Tabelle 3) geht hervor, dass die überwiegende Anzahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Versicherten mit einem Alter zwischen 30 und 49 Jahren in Anspruch genommen wird. In diese Altersgruppe fallen 74 % aller Leistungen.

Von der weitgehend vergleichbaren Aufteilung der Leistungen bei den verschiedenen Altersgruppen weicht lediglich die Aufteilung bei der Altersgruppe der über 60-Jährigen ab. Diese erhalten überproportional viele Leistungen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes oder Kfz-Hilfen und kaum noch berufliche Bildungsmaßnahmen.

Tabelle 3: LTA nach Altersgruppen und Leistungsart - BfA 2003

Alter in Jahren	bis 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	≥ 60	Gesamt
Leistungsart						
Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	210	1.572	3.012	2.184	202	7.180
Vermittlungsbescheide/Auswahlverfahren	482	2.368	2.743	825	31	6.449
Berufsvorbereitung	263	1.350	1.386	170	1	3.170
Berufliche Bildung	482	2.937	4.755	1.725	5	9.904
Kfz-Hilfen	61	610	970	680	78	2.399
Leistungen an Arbeitgeber	82	544	1.023	579	17	2.245
Werkstatt für behinderte Menschen	179	397	475	235	9	1.295
RPK, BTZ*	26	96	103	41	-	266
Sonstiges	77	154	150	52	-	433
Summe	1.862	10.028	14.617	6.491	343	33.341
RPK Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen BTZ: Berufliches Trainingszentrum						
Quelle: Dez. 8012, MSATBFGR Maßnahmeart BL Gruppen BWALTGRP						

2 Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Von der Rentenversicherung werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Aufgabe der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist immer, krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen. Dies gilt für alle Leistungsarten gleichermaßen, für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Zielsetzung der vorliegenden Leitlinien ist, die Kriterien zu beschreiben, die die Einleitung und Durchführung von **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** begründen.

2.1 Gesetzliche Voraussetzungen

Allgemeine Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe sind in §§ 4 - 16 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) niedergelegt, für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in §§ 33 - 43 SGB IX. Die Vorschriften des SGB IX gelten, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger spezifischen Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Für die Rentenversicherung sind die **persönlichen Voraussetzungen** (siehe Kapitel 2.2) für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in § 10 SGB VI definiert. Die Erwerbsfähigkeit muss danach wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein und bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit muss voraussichtlich durch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder eine geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden. Im Rahmen des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 (In-Kraft-Treten 01.01.2001) wurde in § 10 SGB VI die Ergänzung eingeführt, dass die Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe auch erfüllt sind,

- wenn bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann (§ 10 Abs. 2 c SGB VI).

Die **versicherungsrechtlichen Voraussetzungen** sind in § 11 SGB VI festgelegt. Zum Erhalt von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt sein oder der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorliegen. Seit dem 01.01.1993 werden nach Absatz 2 a des § 11 SGB VI Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch erbracht,

1. wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder

2. wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Die besonderen Regelungen in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind für die gesetzliche Rentenversicherung in § 16 SGB VI in Verbindung mit §§ 33 - 38 und 40 SGB IX (seit Einführung des SGB IX zum 1.7.2001) niedergelegt.

2.2 Persönliche Voraussetzungen

Aus sozialmedizinischer Sicht sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert bei einem Missverhältnis von Belastung am Arbeitsplatz und Beanspruchung des Versicherten (Missverhältnis zwischen beruflichen Anforderungen und Leistungsfähigkeit) unter der Voraussetzung, dass medizinische Maßnahmen nicht ausreichen, eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen.

Die Belastung besteht in der Einwirkung aller Arbeitseinflüsse auf den Menschen, die Beanspruchung stellt die Reaktion des Beschäftigten auf die einwirkenden Belastungen dar.

Bei beruflichen Belastungen kann differenziert werden nach:

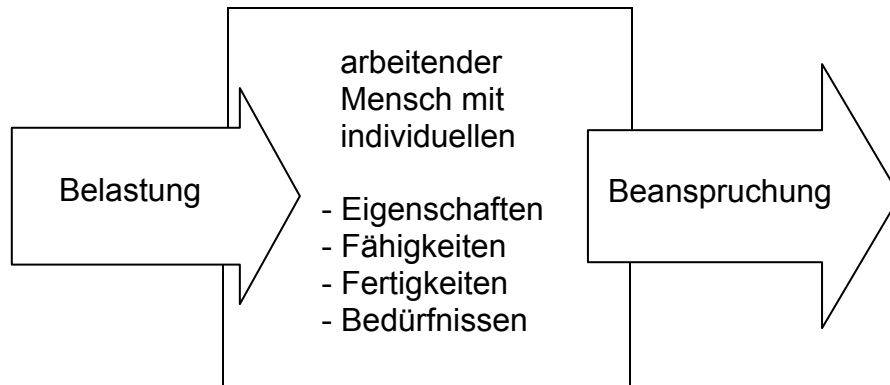
- physischer Belastung
 - Schwere der Arbeit
 - Arbeitshaltung
 - Arbeitsrhythmus/Arbeitsorganisation
- physikalischer Belastung (z. B. Kälte, Hitze, Lärm)
- psychischer/mentaler Belastung (z. B. Zeitdruck, Verantwortung, Arbeitsklima).

Die Beanspruchung des Versicherten hängt ab von:

- konstitutionellen Eigenschaften
- Fähigkeiten, die durch Ausbildung, Training und Erfahrung erworben wurden
- Beeinträchtigung körperlicher, geistiger und seelischer Funktionen durch Krankheit und Behinderung. Hier ist z. B. zu klären:
 - Können eingeschränkte oder aufgehobene Funktionen (qualitative Einschränkung) kompensiert werden?
 - In welchem zeitlichen Umfang kann noch eine berufliche Tätigkeit täglich ausgeführt werden (quantitative Einschränkung)?

Vergleichbare Belastungen können - je nach individuellen Voraussetzungen - einen unterschiedlichen Grad der Beanspruchung bedingen (siehe auch Abbildung 2). Die Beanspruchung einer Person in einer bestimmten Situation kann nur in Kenntnis der individuellen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Um die medizinisch ermittelte individuelle Leistungsfähigkeit des Versicherten berufstypischen Belastungen in der letzten beruflichen Tätigkeit (siehe Kapitel 2.3.1) oder einer anderen zuvor ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen, ist der Sozialmediziner auf berufskundliches Fachwissen angewiesen.

Abbildung 2: Zusammengefasste Darstellung eines vereinfachten Belastungs-Beanspruchungs-Konzeptes (nach Rohmert 1984):



Die Eignung des Versicherten sowie seine Neigung und die Feststellung einer ausreichenden Vermittlungschance sind Grundvoraussetzungen für eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung.

2.3 Sachaufklärung

2.3.1 Letzte berufliche Tätigkeit („Bezugsberuf“)

In Abhängigkeit von den Anforderungsmerkmalen im so genannten Bezugsberuf¹ ist zu prüfen, ob die bei dem Versicherten festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen seine Leistungsfähigkeit in diesem Beruf erheblich gefährden oder mindern und daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Der Bezugsberuf wird verwaltungsseitig festgelegt anhand der erzielten Berufsabschlüsse und der durch berufliche Tätigkeiten erworbenen Kenntnisse. Sollte der berufliche Werdegang verschiedene Tätigkeiten aufweisen, so entspricht der Bezugsberuf nicht zwangsläufig der letzten beruflichen Tätigkeit, sondern wird im Einzelfall aus der Dauer der verschiedenen Tätigkeiten, spezifischen Fachausbildungen und beruflichen Qualifizierungen ermittelt. Ist kein Bezugsberuf zu ermitteln, wird auf die Anforderungen des „allgemeinen Arbeitsmarktes“ (unter Berücksichtigung der beruflichen Belastungsmerkmale im gesamten bisherigen Berufsleben des behinderten Menschen) abgestellt.

Verwaltungsseitig wird die Berufsbezeichnung so formuliert, dass sie die Tätigkeit erkennen lässt, z. B. Lohnbuchhalter statt kaufmännischer Angestellter, technischer Zeichner statt technischer Angestellter.

¹ In der Sozialgerichtsbarkeit zum Teil auch verwendet: zuletzt ausgeübte Tätigkeit(en), zuletzt ausgeübter Beruf.

2.3.2 Sozialmedizinische Ermittlung

Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss festgestellt werden, welche Leistungsfähigkeit beim Versicherten noch besteht und welche Einschränkungen bezogen auf den Bezugsberuf und die spätere berufliche Eingliederung berücksichtigt werden müssen. Das erfordert umfangreiche medizinische Sachaufklärung und Abgleich mit beruflichen Anforderungen und Tätigkeitsmerkmalen.

In der Arbeits- und Berufsanamnese erfolgt eine Orientierung über die berufliche Ausbildung, darüber hinaus erworbene Qualifikationen, den Verlauf des beruflichen Lebens, Tätigkeits- und Belastungsmerkmale im Bezugsberuf sowie über die Gründe einer bestehenden Arbeitslosigkeit. Die Beschreibung des Anforderungsprofils des Bezugsberufes bzw. der Bezugstätigkeit soll detailliert sein, weil der Vergleich mit dem Fähigkeitsprofil die Einschätzung erlauben muss, ob der Versicherte dem Anforderungsprofil noch gerecht werden kann. Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Ursache während der vergangenen 12 Monate geben hierzu einen weiteren Anhalt.

In der Sozialanamnese werden familiäre Situation, Belastungen im sozialen Umfeld, Freizeitverhalten, GdB¹-Anerkennung, ggf. laufende Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung oder andere Sozialleistungsanträge festgehalten. Diese Kenntnisse verbessern die Prognosestellung und sie beeinflussen die individuelle Leistungsauswahl sowie die Entscheidung über flankierende Maßnahmen.

Eine berufliche Leistungsminderung ergibt sich aus Funktionseinschränkungen, die je nach Art und Schwere einer Behinderung sowie individuellem Fähigkeitsprofil schlüssig und nachvollziehbar sein muss. Die alleinige Angabe von Beschwerden oder Schilderung von Symptomen, die nicht durch medizinische Befunde aus körperlicher Untersuchung, diagnostischer Klärung sowie therapeutischer Vorgehensweise gesichert sind, ist nicht ausreichend für die Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit.

Die Tätigkeits- und Belastungsmerkmale werden auf der Grundlage berufskundlicher Informationen [z. B. der Bundesagentur für Arbeit einschließlich des Internetservice <http://berufenet.arbeitsamt.de>, durch Rehabilitationsberater (Reha-Berater), durch berufskundlichen Dienst der Rentenversicherung oder berufsständische Vertretungen] ermittelt.

Darüber hinausgehend beruhen Arbeitsplatzbeschreibungen auf Angaben des Antragstellers (berufliche Laufbahn, Zeugnisse u. ä.), des Betriebs- oder Personalarztes sowie des Arbeitgebers. In Einzelfällen ist es notwendig, Informationen über den individuellen Arbeitsplatz - in der Regel durch den Reha-Berater - vor Ort einzuholen.

Individuelle Arbeitsplatzbeschreibung und Ausbildungsvoraussetzungen werden mit den branchenüblichen Bedingungen verglichen. Es wird geprüft, ob die Anforderungen des Arbeitsplatzes der Leistungsfähigkeit des Betroffenen entsprechen.

¹ Grad der Behinderung

Der Beratungsärztliche Dienst „LTA“ erstellt das positive und negative Leistungsbild unter Auswertung der eingeholten medizinischen Unterlagen. Dazu gehören ärztliche Befundberichte, Fachgutachten, Krankenhaus- oder Rehabilitations-Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder der Bundesagentur für Arbeit sowie Therapieberichte.

Im Antragsverfahren für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist unter Vermittlung durch den Beratungsärztlichen Dienst daher eine enge Kooperation erforderlich zwischen

- Antragsteller (Angaben zu Funktionsbeeinträchtigungen und beruflichen Belastungsfaktoren)
- behandelnden Ärzten (Überlassung von Befundberichten und Krankenhaus-Entlassungsberichten)
- Rehabilitationseinrichtungen (Überlassung von Rehabilitations-Entlassungsberichten)
- anderen Zweigen der Sozialversicherung (z. B. Unterlagen von gesetzlicher Kranken- oder Unfallversicherung bzw. der Bundesagentur für Arbeit) und
- Rehabilitationsberater (Verbindungen zum regionalen Arbeitsmarkt, Einbringen berufskundlicher Aspekte).

2.4 Antragsbearbeitung

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) können von den Versicherten direkt beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Erfahrungsgemäß wird ein größerer Teil dem Rentenversicherungsträger (RVT) von den jeweiligen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit zugeleitet. Bei einer dritten Gruppe ergibt sich der Leistungsanspruch aus den Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation. Soweit möglich, wird bereits in der Rehabilitationseinrichtung der Reha-Berater eingeschaltet, um über mögliche Leistungen zu informieren und die Prüfung einzuleiten, ob LTA erforderlich sind. Alternativ kann der Rentenversicherungsträger entsprechende Leistungen anbieten, wenn deren Notwendigkeit aus den Rehabilitations-Entlassungsberichten hervorgeht.

Verwaltungsseitig wird zunächst die Anspruchsberechtigung geprüft und danach die Bezugstätigkeit festgelegt. Anschließend erfolgt die sozialmedizinische Prüfung. Bei eingeschränkter bzw. geminderter Leistungsfähigkeit erstellt der Beratungsärztliche Dienst ein positives und negatives Leistungsbild, das dem Reha-Berater am Wohnort des Versicherten zugeht. Mit diesen Informationen berät er den Versicherten auch mit Blick auf die Gegebenheiten des örtlichen Arbeitsmarktes. Lässt sich in der angestrebten Tätigkeit das beschriebene Leistungsbild einhalten, so ist in der Folge bis zur dauerhaften beruflichen Reintegration eine weitere Vorlage beim Beratungsärztlichen Dienst (Arztvorlage) nicht erforderlich.

Bei neu auftretenden Erkrankungen, bei Progredienz chronischer Krankheiten oder Auftreten akuter Krankheitsschübe, des Weiteren bei Änderung des Berufsziels durch den Versicherten während der Ausbildung, wenn die zu Beginn angenommene Belastungsfähigkeit der Praxis nicht standhält oder technische Hilfen erforderlich werden, ist eine weitere sozialmedizinische Beurteilung (Arztvorlage) notwendig.

Zunächst wird geprüft, ob ein vorhandener Arbeitsplatz so angepasst werden kann, dass er dem Leistungsbild angemessen ist. Wenn kein Arbeitsplatz vorhanden ist, können durch Vermittlungsbescheide über Leistungen an Arbeitgeber finanzielle Anreize geschaffen werden, Arbeitnehmer einzustellen. Erst wenn das Berufsfeld insgesamt nicht geeignet erscheint, ist zu prüfen, ob Leistungen der Aus- oder Weiterbildung erforderlich sind.

Im Bedarfsfall wird vor Einleitung qualifizierender Leistungen zunächst eine Feststellungsmaßnahme zur Klärung der beruflichen Eignung vorgeschaltet. Diese dauert in Abhängigkeit von der Ausprägung der Einschränkungen zwei bis sechs Wochen. Abschließend erhält der Rentenversicherungsträger einen ausführlichen Bericht zu den Eignungen, Neigungen, der Motivation, den schulischen Vorkenntnissen, der Umstellungs- und Lernfähigkeit sowie Vorschläge zu erreichbaren Berufsabschlüssen. Insbesondere müssen die psychischen Belastungen während der Qualifizierungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Danach erstellt der zuständige Reha-Berater den weiteren Rehabilitationsplan und begleitet die Qualifizierung und berufliche Wiedereingliederung.

3 Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor, wenn den beruflichen Anforderungen behinderungsbedingt nicht entsprochen werden kann, d. h., das Anforderungsprofil des Bezugsberufs entspricht nicht dem Leistungsbild des Versicherten.

Unter Einbeziehung der branchenüblichen Anforderungen oder des konkreten Arbeitsplatzes muss sozialmedizinisch geprüft werden:

- die **erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit**. Sie liegt vor, wenn wegen behinderungsbedingter Funktionseinschränkungen die Bezugstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, in absehbarer Zeit mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu rechnen ist oder das Fortschreiten der Erkrankung durch die beruflichen Belastungen begünstigt wird.
- die **Minderung der Leistungsfähigkeit**. Sie liegt vor, wenn länger dauernde oder bleibende Funktionseinschränkungen vorliegen, die ohne Durchführung von LTA zu einer Erwerbsminderungsrente führen würden.

4 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

4.1 Wichtige Angaben und Befunde

Bei **Erkrankungen der Wirbelsäule** (Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule - HWS, BWS, LWS) sind folgende Befunde und Angaben von wesentlicher Bedeutung (zur genaueren Beschreibung der Befunde und Angaben siehe „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“):

- Funktionsstörungen: chronische Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Haltungsfehlform, Instabilität, muskuläre und neurologische Defizite, ferner Schwindel, Seh- und Hörstörungen bei Erkrankungen der HWS
- Nachvollziehbarkeit der chronischen Schmerzsymptomatik anhand Lokalisation, Intensität, Erscheinungsmodus und Verstärkungsfaktoren
- Befunde bildgebender Untersuchungsverfahren
- gehäufte Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der entsprechenden Erkrankung, z. B. mehr als zwei- bis dreimal im Jahr über längere Zeit oder häufiger über jeweils kürzere Zeit.

Ergänzend ergeben sich für **Erkrankungen der Gelenke** aus den muskulären Defiziten an den unteren Extremitäten Einschränkungen in Bezug auf Stand- und Gangsicherheit, an den oberen Extremitäten eine Minderung der groben Kraft sowie eine Einschränkung der Feinmotorik. Weitere Aspekte ergeben sich nach Endoprothesen-Implantation, wobei eine Minderbelastbarkeit verbleibt, auch wenn sich die Funktion des Gelenks verbessert hat.

Bei einer **anhaltenden somatoformen Schmerzstörung** (ICD-10-Nr. F45.4, dazugehörige Begriffe: Psychalgie, psychogener Kopf- oder Rückenschmerz, somatoforme Schmerzstörung) bestehen die vorherrschenden Beschwerden in einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren gelten zu können. Zur weiteren Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen siehe auch „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“.

4.2 Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild¹ beschreibt die zumutbaren qualitativen Leistungsmerkmale der körperlichen Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation².

¹ Die Begriffe positives und negatives Leistungsbild werden beibehalten, da sie in der sozialmedizinischen Praxis weit verbreitet sind. Nach der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ („International Classification of Functioning, Disability and Health“, ICF) werden das positive und negative Funktions- und Strukturbild sowie das Aktivitäts- und Teilhabebild einschließlich der relevanten Umweltfaktoren beschrieben.

² Zur Definition von Arbeitsschwere, -haltung und -organisation siehe Anhang 7.1 und 7.2.

Hinsichtlich der **Arbeitsschwere** sind bei den o. g. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in der Regel leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar. Im Allgemeinen wird es sich um Innendiensttätigkeiten ohne wesentliche körperliche Belastungen handeln. In Abhängigkeit von Konstitution und Trainingszustand sind auch vollschichtige mittelschwere Tätigkeiten nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Bei der Beurteilung der noch möglichen **Arbeitshaltung** wird angegeben, ob eine zeitweise, überwiegende oder ständige Tätigkeit im Stehen, Gehen und/oder Sitzen noch möglich ist. Das ist abhängig von individuellen Gegebenheiten unter Berücksichtigung von Art der Erkrankung sowie Ausmaß der Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen.

Einschränkungen hinsichtlich der **Arbeitsorganisation** (Tages-, Früh-/Spät-, Nachtschicht) bestehen nicht.

4.3 Negatives Leistungsbild

Bei **Erkrankungen der LWS/BWS** wird im negativen Leistungsbild¹ beschrieben, welchen Anforderungen nicht mehr entsprochen werden kann. Eine Minderbelastbarkeit kann für Tätigkeiten mit folgenden Merkmalen resultieren:

- Heben und Tragen (individuelle Festlegung quantitativer Angaben abhängig von Befund, Alter, Geschlecht und Konstitution)
- Arbeiten in ungünstiger Haltung („Zwangshaltung“ wie Armvorhaltetätigkeiten, Arbeiten in Vorneige, Überkopfarbeiten)
- Vibrationen
- ständiges Stehen
- ständiges Sitzen ohne Möglichkeiten zum eigenständig bestimmbareren
Haltungswechsel
- häufiges Bücken.

Bei Tätigkeiten im Stehen müssen wegen der Möglichkeit zu Ausgleichsbewegungen nicht zwangsläufig nennenswerte Beeinträchtigungen resultieren. Ausnahmen stellen hier Patienten mit ausgeprägten Haltungsfehlformen (Skoliose und/oder Kyphose), fortgeschrittenen Spondylarthrosen, Spondylolisthesen und Spinalkanalstenosen dar.

¹ Siehe Fußnote 1 auf Seite 14.

Bei **HWS-Erkrankungen** sind bezüglich des negativen Leistungsbildes folgende Merkmale zu berücksichtigen:

- Heben und Tragen (individuelle Festlegung quantitativer Angaben abhängig von Befund, Alter, Geschlecht und Konstitution)
- Arbeiten in ungünstiger Haltung („Zwangshaltung“ wie Armvorhaltetätigkeiten, Arbeiten in Vorneige, Überkopfarbeiten)
- Vibrationen
- Arbeiten mit Absturzgefahr/Schwindelfreiheit erfordernde Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern.

Das negative Leistungsbild bei **Erkrankungen des Schultergürtels** muss folgende Merkmale berücksichtigen; dabei sind neben den qualitativen Einschränkungen in besonderem Maße Häufigkeit und Dauer der nachfolgend genannten Belastungsmerkmale in die Bewertung einzubeziehen:

- Heben und Tragen (individuelle Festlegung quantitativer Angaben abhängig von Befund, Alter, Geschlecht und Konstitution)
- Arbeiten in ungünstiger Haltung („Zwangshaltung“ wie Armvorhaltetätigkeiten, Arbeiten in Vorneige, Überkopfarbeiten)
- Vibrationen
- besondere Belastung eines Armes bzw. eines Schultergelenkes
- erforderlicher Greifraum > 50 cm.

Bei den **Erkrankungen im Ellbogengelenk, im Hand- und Fingerbereich** sind bei den folgenden Merkmalen neben den qualitativen Einschränkungen ebenfalls in besonderem Maße Häufigkeit und Dauer der nachfolgend genannten Belastungsmerkmale in die Bewertung einzubeziehen:

- Heben und Tragen (individuelle Festlegung quantitativer Angaben abhängig von Befund, Alter, Geschlecht und Konstitution)
- Arbeiten in ungünstiger Haltung („Zwangshaltung“ wie Armvorhaltetätigkeiten, Überkopfarbeiten)
- Vibrationen
- Arbeiten, die die volle Funktionsfähigkeit des Armes bzw. der Hand erfordern hinsichtlich grober Kraft, Sensibilität, Koordination und Feinmotorik.

Aus der Minderbelastbarkeit infolge **Erkrankungen der unteren Extremitäten** (z. B. von Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk) lassen sich folgende Merkmale für das negative Leistungsbild ableiten:

- Heben und Tragen (individuelle Festlegung quantitativer Angaben abhängig von Befund, Alter, Geschlecht und Konstitution)
- langes Gehen oder Stehen
- Gehen auf unebenem Gelände
- Ersteigen von und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern
- häufiges Treppensteigen
- häufiges Bücken, Hocken und Knien
- Arbeiten unter Vibrationen/Schwingungsbelastungen
- Außendiensttätigkeit mit häufigem Ein- und Aussteigen.

Diese Einschränkungen gelten in gleichem Maße für Patienten mit endoprothetischer Versorgung und in erhöhtem Maße für Patienten mit Orthesen.

In Bezug auf das negative Leistungsbild bei **entzündlichen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** gelten die o. a. Einschränkungen ebenfalls in Abhängigkeit von der Lokalisation, zusätzlich hinsichtlich

- Arbeiten in Nässe/Kälte/Zugluft/gekühlten Räumen
- und ggf. in Abhängigkeit von der Schichtform (Nachtschicht).

Fazit

Wenn positives und negatives Leistungsbild mit den Belastungsmerkmalen im Bezugsberuf nicht vereinbar sind, können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sein. Beim Erstellen des aktuellen Leistungsbildes sind die Auswirkungen der individuellen - u. U. multilokulären - Funktionsschädigungen zu berücksichtigen.

Zur Art der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird auf den Anhang 7.5 verwiesen.

5 Psychische Störungen

5.1 Diagnoseübergreifende Fragestellungen bei der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Grundsätzlich orientiert sich die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei Vorliegen psychischer Störungen an den folgenden Fragen:

1. Kann der **bisherige** Beruf am **selben** Arbeitsplatz ausgeübt werden?
2. Kann eine Tätigkeit an einem **anderen** Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
3. Kann eine Tätigkeit an einem **leidensgerecht** gestalteten Arbeitsplatz im **selben** Beruf ausgeübt werden?
4. Kann eine **angemessene andere** Tätigkeit ausgeübt werden?
5. Kann ein **anderer** Beruf ausgeübt werden?

Wenn nur die erste und zweite Frage bejaht werden können, sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich. Wenn der bisherige Beruf auch an einem anderen Arbeitsplatz nicht mehr ausgeübt werden kann und die Fragen 3 bis 5 bejaht werden können, ist jeweils die Indikation zur Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen.

5.2 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4), Impulskontrollstörungen einschließlich Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F5, F6)

Bei frühzeitiger und ausreichender Behandlung der unter 5.2 zusammengefassten psychischen Störungen sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel nicht erforderlich und auch nicht zielführend, da sich die störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen meist nicht spezifisch auf bestimmte Berufstätigkeiten, sondern eher auf die Erwerbsfähigkeit insgesamt auswirken.

Bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten können medizinische Leistungen zur Rehabilitation angezeigt sein, um eine chronifizierungsbedingte Erwerbsminderung zu vermeiden. Im Einzelfall kann sich dann auf der Basis der sozialmedizinischen, berufskundlichen und arbeitspsychologischen Einschätzung die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergeben.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zu prüfen, wenn trotz intensiver ambulanter bzw. stationärer psychiatrischer Behandlung einschließlich Psychotherapie und/oder durchgeführter medizinischer Leistungen zur Rehabili-

tation eine störungsbedingte erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt.

Grundsätzlich können Leistungseinschränkungen bei allen gravierenden chronischen neurotischen, Belastungs-, somatoformen, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen auftreten (siehe „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“). Neben der psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Diagnostik sollte eine berufskundliche Abklärung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen. Ergänzende klinisch-psychologische und arbeitspsychologische Untersuchungen können zu einer differentiellen Indikationsstellung beitragen.

Trotz der Vielgestaltigkeit der neurotischen, Belastungs-, somatoformen, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen lassen sich gemeinsame Merkmale bezüglich der Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe feststellen:

- Störungen von Antrieb, Motivation und Affekt
- reduzierte Fähigkeit zur realistischen Selbsteinschätzung
- soziale Ängste, Kontakt- und Kommunikationsstörungen
- Defizite in der sozialen Kompetenz sowie in der Wahrnehmung von und im Umgang mit der sozialen Realität
- schwere Arbeitsstörungen.

Neben den hierdurch verursachten erwerbsbezogenen Teilhabeeinbußen sind meist auch ausgeprägte Beeinträchtigungen weiterer sozialer und persönlicher Aktivitäten vorhanden.

Positives Leistungsbild

Sachbezogene, strukturierte, vollschichtige Tätigkeiten im Tagesdienst gelten bei psychischer Minderbelastbarkeit aufgrund des Vorliegens einer neurotischen, Belastungs-, somatoformen, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörung als leistungsgerecht. Im Einzelfall können auch personenbezogene Tätigkeiten möglich sein. Die teilweise sehr differenzierten beruflichen Leistungsanforderungen begründen die Notwendigkeit der Erstellung eines individuellen Leistungsprofils, um einen Abgleich zu ermöglichen.

Negatives Leistungsbild

Die Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe durch neurotische, Belastungs-, somatoforme, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen sind sowohl störungsbezogen als auch intra- und interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei sind weniger störungsspezifische berufliche Leistungseinbußen als vielmehr trotz unterschiedlicher Symptomatik gleichartige Beeinträchtigungen der psychischen Belastbarkeit in Alltag und Berufsleben von Bedeutung. Diese allgemeine psychische Minderbelastbarkeit manifestiert sich u. a. in einer verminderten Fähigkeit zum Umgang mit schwierigen oder konflikthafter Situationen. Das Ausmaß der psychischen Minderbelastbarkeit hat für die Einschätzung des Leistungsvermögens sowohl in der

letzten beruflichen Tätigkeit (so genannter Bezugsberuf) als auch für die angestrebte berufliche Alternative eine wesentliche Bedeutung.

Belastungssituationen oder -faktoren werden häufig mit dem Begriff „Stress“ bezeichnet, i. e. S. definiert als allgemeiner Oberbegriff für bestimmte Reaktionen des Organismus auf verschiedene unspezifische Reize. Sozialmedizinisch relevant ist jedoch die differenzierte Analyse der individuell vorhandenen Stressoren einerseits und der durch sie hervorgerufenen individuellen Reaktionen andererseits. Die folgenden Belastungsfaktoren/Stressoren sind für das Leistungsvermögen bei Menschen mit psychischen Störungen wesentlich:

- psycho-physische Dauerbelastung (z. B. Dauerauforderungen an Konzentration, Aufmerksamkeit, Umstellungsvermögen und emotionale Stabilität) mit möglichen Überlastungsfolgen („strain“ mit psychophysischer Erschöpfung bis hin zu manifester psychopathologischer Symptomatik)
- besonderer Zeitdruck, gehobene Verantwortung für Personen und/oder Sachwerte
- Lärm, überdurchschnittlich hohe Kommunikationsdichte.

Ein zusätzlicher, die Erwerbsfähigkeit in der Regel jedoch nicht erheblich beeinträchtigender Aspekt besteht in drohender Arbeitslosigkeit sowie zunehmender Entsolidarisierung in der Arbeitswelt mit zunehmender Unzufriedenheit und Sinnentleerung, aber auch vielfältiger psychophysischer Symptomatik wie Schlaf- und Appetitstörungen, Spannungskopfschmerzen und abnormer Ermüdbarkeit.

Im Folgenden wird auf die besonders relevanten berufsspezifischen und nicht berufsspezifischen Aspekte des negativen Leistungsbildes eingegangen, bezogen auf die unter Kapitel 5.2 aufgeführten psychischen Störungen:

Berufsspezifische Aspekte des negativen Leistungsbildes

Insbesondere die dauerhafte Tätigkeit in sozialen, therapeutischen und pädagogischen Berufen, an Arbeitsplätzen mit vorwiegend erfolgsorientiertem Publikumsverkehr, mit besonderen Anforderungen an Kontaktfreudigkeit, mit gehobener Verantwortung (z. B. Leitungsposition) und besonderem Zeitdruck ist oft nicht leidensgerecht. Auch Reisetätigkeit und Außendienst sind ggf. wegen der zusätzlichen Belastung nur begrenzt zumutbar.

Berufsspezifische Belastungen können bei Betroffenen mit neurotischen, Belastungs-, somatoformen, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen zur Verstärkung der bereits bestehenden Symptomatik (z. B. Angst, Depression, Zwangssymptome, körperbezogene Beschwerden, Impulsdurchbrüche, Essstörung, sozialer Rückzug) führen. Dadurch kann die Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf erheblich gefährdet oder sogar gemindert werden.

In besonderen Fällen psychischer Störungen kann eine berufliche Neuorientierung erforderlich sein: Bei einer Diätassistentin mit einer Essstörung beispielsweise ergibt sich die Indikation aus der Symptomatik, denn einerseits wirkt sich der Bezugsberuf negativ auf das Krankheitsgeschehen aus, andererseits kann das Vorliegen einer solchen Störung die Fähigkeit zur fachlich einwandfreien Berufsausübung in diesem Fall beeinträchtigen.

Nicht berufsspezifische Aspekte des negativen Leistungsbildes

Ein krankheitsbedingter Verlust notwendiger Berufskennntnisse nach langer Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Störung kann eine erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben bedingen und damit die Durchführung von Reintegrationshilfen für einen im Grunde leidensgerechten Beruf erforderlich machen. Zu berücksichtigen ist hier das mögliche Vorhandensein stark ausgeprägter Versorgungswünsche, welche den Reintegrationsbemühungen im Einzelfall entgegenstehen können.

Bei Versicherten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die mit erheblichen ichstrukturellen Defiziten verbunden sind, kann eine Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben vorliegen. Massiv gestörte Interaktionsmuster sowie teilweise tief verwurzelte, persistierende, unflexible und sozial unangepasste Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten kennzeichnen diese Störungen (siehe „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“). Sie führen in sozialen Belastungssituationen, aber auch bei subjektiv erlebter emotionaler Instabilität zu erheblichen, in der Regel nicht berufsspezifischen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe in Alltags- und Erwerbsleben.

Eine Besonderheit bei Persönlichkeitsstörungen besteht darin, dass die Betroffenen selbst häufig nicht so sehr unter ihrer Symptomatik leiden. Vielmehr kommt es durch die starren und unangepassten Verhaltensmuster zu erheblichen Beeinträchtigungen von Kommunikation und Kooperation im sozialen Kontext. Leidensdruck, Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation sind häufig eher gering und das berufliche Scheitern wird nicht als Krankheitsfolge angesehen. Statt der geeigneten psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung suchen die Betroffenen den Ausweg in einem Tätigkeitswechsel oder einer Umschulung. Die berufliche Biografie ist ebenso wie die Ausgestaltung der persönlichen Beziehungen von Abbrüchen gekennzeichnet. Oft finden sich mehrere Wechsel in neue Tätigkeitsfelder, insbesondere bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auch das Streben nach Höherqualifizierung. Trotz intensiver psychotherapeutischer Behandlung können viele Betroffene kein normales psychosoziales Funktionsniveau erreichen. Wünsche nach beruflicher Umorientierung sind hier im Hinblick auf die Prognose besonders sorgfältig zu prüfen.

Arbeitsbezogene psychoreaktive Störungen (früher „neurotische Arbeitsstörung“)

Thematischer Ursprung und Hauptmanifestation der psychischen Symptomatik liegen hierbei im Bereich von Beruf und Arbeit. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind spezifisch beeinträchtigt, wobei die Arbeitsunfähigkeit zur „Scheinlösung“ werden kann, die zur Vermeidung einer Konfrontation mit der Arbeitsrealität dient.

Häufige Symptome sind z. B. psychische Ermüdung, verstärkte Stressempfindlichkeit und Reizbarkeit, ausufernde Arbeitsvorbereitungen, Harmoniestreben, Verschlechterung sozialer Beziehungen bis zur sozialen Isolation, oraler Ersatz, Selbstversicherung zur Stabilisierung, Selbstbestätigung durch Größenfantasien, Scheinarbeit.

Außerhalb des beruflichen Kontextes sind auch phobische und depressive Symptome sowie unspezifische körperbezogene Beschwerden im Sinne einer somatoformen Störung nicht selten. Manifeste psychische Störungen sind differentialdiagnostisch zu erwägen und ggf. zu behandeln.

Die Ursachen arbeitsbezogener psychoreaktiver Störungen liegen u. a. in folgenden Kontextfaktoren:

- **individuelle Aspekte** (z. B. mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, Selbstunsicherheit, subjektive Ablehnung bestimmter Arbeitsinhalte)
- **ungünstige Arbeitsbedingungen** (z. B. erheblicher Zeitdruck)
- **zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz** (z. B. übersteigertes Konkurrenzverhalten, „Mobbing“).

Bei frühzeitig einsetzender psychotherapeutischer und ggf. psychiatrischer Behandlung ist die Prognose bezüglich einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben günstig, Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Versicherten mit den beschriebenen Merkmalen sollten daher kritisch geprüft werden.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn ein Versicherter mit einer psychischen Störung aus dem unter Kapitel 5.2 genannten Formenkreis zwar seinen Beruf weiter ausüben kann, seine Leistungsfähigkeit jedoch aufgrund erheblicher Kontaktstörungen und Frustrationsintoleranz sowie mangelnder Teamfähigkeit bedroht ist, können primär medizinische Leistungen zur Rehabilitation mit berufstherapeutischen Elementen angezeigt sein.

In Einzelfällen kann unter Berücksichtigung der komplexen biopsychosozialen Betrachtungsweise auch die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sinnvoll sein. Dabei sind jedoch die Motive der Antragsteller bezüglich der gewünschten beruflichen Veränderung zu berücksichtigen. Der Veränderungswunsch kann beispielsweise das Resultat eines psycho- und soziotherapeutischen Prozesses sein, wobei beachtet werden muss, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht als therapeutisches Element durchzuführen sind, sondern nur, weil die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr auf Dauer zumutbar ist.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass durch Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder eine Umschulung erneut Anpassungs-, Identitäts- und Rollenprobleme entstehen können. Die gleichzeitige Bewältigung der fachlichen und der sozialen Anforderungen an einem neuen Arbeitsplatz gestaltet sich für Menschen mit psychischen Störungen oft besonders schwierig. Daher sollten in Kenntnis der individuellen psychischen Minderbelastbarkeit berufliche Überforderung, aber auch private und soziale Überlastungen vermieden werden, um einer psychischen Dekompensation und dem damit verbundenen Abfall der Leistungsfähigkeit vorzubeugen. Bei der differentiellen Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind möglichst vorberufliche Kenntnisse zu berücksichtigen. Erforderliche Leistungen erfolgen vorzugsweise in der gewohnten Umgebung der Rehabilitanden, um vorhandene soziale Ressourcen und therapeutische Kontakte zu erhalten. Darüber hinaus müssen die Verlaufscharakteristika der psychischen Störungen bei Planung und Ablauf der Rehabilitation berücksichtigt werden.

Hinweise auf das Anforderungsprofil der geplanten Tätigkeiten können geeigneten arbeitsmedizinischen und berufskundlichen Sammelwerken bzw. den berufskundlichen Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden (z. B. Scholz und Wittgens 1992, <http://berufenet.arbeitsamt.de/>).

5.3 Affektive Störungen (ICD-10: F3)

Diese Störungen sind hauptsächlich durch Veränderungen der Stimmung bzw. Affektlage sowie des Aktivitätsniveaus gekennzeichnet. Depressive, manische und gemischte (bipolare) Symptomatik kann in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination auftreten. Der Verlauf dieser Störungen ist sehr variabel und reicht vom Auftreten einer einzelnen Krankheitsepisode bis hin zu rasch aufeinander folgenden Krankheitsepisoden oder anhaltender affektiver Störung. Je nach Schweregrad bedürfen affektive Störungen qualifizierter ambulanter haus- bzw. fachärztlicher oder stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Da die Störungen überwiegend gut behandelbar sind und meist vollständig remittieren, ist in der Mehrzahl der Fälle keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit erkennbar (siehe „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“).

Bei ungünstigem Verlauf der affektiven Störung oder zusätzlicher Entwicklung einer Anpassungsstörung als Zeichen einer gestörten Krankheitsverarbeitung, möglicherweise ausgelöst durch erhebliche psychosoziale Belastungen einschließlich schwieriger Arbeitsbedingungen, kann es jedoch durchaus zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben kommen. In diesen Fällen sind neben medizinischen Leistungen zur Rehabilitation unter Umständen auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt. Dabei ist sorgfältig zu prüfen, ob eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prognostisch möglich erscheint oder nur noch eine Tätigkeit in einer Werkstätte für behinderte Menschen ausgeführt werden kann. In letzterem Fall ist von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit auszugehen und die Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gemäß § 116 Abs. 2 SGB VI zu prüfen.

Wichtige Angaben und Befunde

Folgende Befunde und Angaben sind u. a. bei Antragstellern mit affektiven Störungen von wesentlicher Bedeutung:

- aktuelle Manifestation
- bisheriger Verlauf bzw. Verlaufstyp (episodisch, kontinuierlich, mit oder ohne Restsymptomatik)
- Symptome mit Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe:
 - formale Denkstörungen (z. B. gehemmt, verlangsamt, beschleunigt, ideenflüchtig)
 - inhaltliche Denkstörungen (z. B. Schuldwahn, Größenideen)
 - Störungen der Affektivität (z. B. ratlos, affektarm, ängstlich, dysphorisch, gereizt, affektinkontinent)

- Stimmungsstörungen (depressiv, euphorisch)
- Antrieb, Psychomotorik (z. B. antriebsarm, antriebsgehemmt, unruhig, logorrhöisch)
- Einschränkungen von Urteils- und Kritikfähigkeit, Planung, Zielorientierung und Flexibilität
- Bewusstseinsstörungen, Störungen der Orientierung, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses können sekundär (z. B. durch Psychopharmakaeinnahme, Hospitalisierung) vorhanden sein und sind nicht direkt durch die psychische Störung hervorgerufen
- Fähigkeitsstörungen bezüglich Handlungsausführung, Kommunikation und solcher Leistungen, die die Anpassung an eine Arbeitssituation und die soziale Interaktion in derselben betreffen
- prämorbid Persönlichkeit bzw. persönlichkeitsstrukturelle Merkmale
- individuelle und umgebungsbezogene Ressourcen bzw. Barrieren: persönliche Beziehungen, Partnerschaft, Familie, Wohnsituation, bisheriger beruflicher Status, prämorbid Anpassung, berufliche Entwicklung, soziale Absicherung, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft (Verein, Religionsgemeinschaft etc.)
- Fähigkeit zu verlässlicher Kooperation und Compliance
- Stabilität der spezifischen Eigenmotivation bzw. Erwartung hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung.

Positives Leistungsbild

Gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell spielen für die Entstehung bzw. Auslösung einer affektiven Störung neben genetischen, neurobiologischen und intrapsychischen Faktoren auch Kontextfaktoren eine bedeutsame Rolle. Belastungen privater, sozialer oder beruflicher Art können zur Auslösung einer affektiven Störung beitragen, indem sie die Verarbeitungskapazität des Betroffenen überfordern. Da Belastungen dieser Art nicht immer vermieden werden können, sollte die Therapie affektiver Störungen u. a. die Vermittlung geeigneter Coping-Strategien einschließen. Bei umfassender Behandlung ist auch bei rezidivierend auftretenden affektiven Störungen keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten. Sollten dennoch nach individueller Abwägung aller Funktionseinbußen und Ressourcen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen, sind vor allem sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel als leidensgerecht anzusehen.

Negatives Leistungsbild

Bei ungünstigen Verläufen mit häufig wiederkehrenden und/oder schweren Krankheitsepisoden, unvollständiger Remission oder Entwicklung einer zusätzlichen Anpassungsstörung in Folge der affektiven Störung können erhebliche, überdauernde Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe resultieren. Der Erfassung und Einschätzung derselben dient die eingehende psychiatrische Anamneseerhebung und Untersuchung, ggf. zu ergänzen durch Fremdanamnese, Verhaltensbeobachtung sowie apparativ-testpsychologische und arbeitspädagogische Stellungnahmen. Auch eine notwendige psychopharmakologische Behandlung kann sich auf die Leistungsfähigkeit auswirken; während die psychopharmakologische Therapie viele Menschen mit psychischen Störungen erst wieder in die Lage versetzt, gewisse Leistungsanfor-

derungen erfüllen zu können, wird die Leistungsfähigkeit anderer Betroffener durch teilweise unvermeidbare Medikamentennebenwirkungen eher beeinträchtigt.

Unter Berücksichtigung der überdauernden psychomentalen Minderbelastbarkeit bei ungünstigem Verlauf einer affektiven Störung sind folgende Tätigkeitsmerkmale auf Dauer als nicht leidensgerecht zu bewerten:

- besondere Anforderungen an geistige und psychische Belastbarkeit
- pädagogische / soziale / therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- häufige Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck
- Nacht- und Wechselschicht
- in Einzelfällen, z. B. bei Einnahme bestimmter Medikamente:
 - besondere Anforderungen an die Feinmotorik
 - häufiges Arbeiten auf Leitern und Gerüsten.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Einschätzung der Arbeitsplatzanforderungen ist an eine umfassende betriebsärztliche, arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische, berufskundliche und sozialmedizinische Kompetenz gebunden. Der Vergleich von branchenüblichen Belastungsmerkmalen und individuellem Fähigkeitsprofil bei psychisch kranken Menschen erfordert große Sorgfalt und umfassende psychiatrische Erfahrung. Sozialmedizinische Zielsetzung ist die Erstellung eines differenzierten positiven und negativen Leistungsbildes. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss sich daran orientieren, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder die Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint. Für die Rehabilitationsplanung sind auch die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens zu berücksichtigen.

Die Vorhersage erfolgreicher Rehabilitationsverläufe ist bei Antragstellern mit affektiven Störungen aufgrund der individuell recht unterschiedlichen Leistungsprofile und Rehabilitationspotentiale erschwert. Als prognostisch günstig gelten:

- eine gute prämorbidie Anpassung
- ausreichende Kenntnis und Bewältigung der eigenen Erkrankung
- höchstens geringgradige Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben außerhalb akuter Krankheitsepisoden
- eine realistische Selbsteinschätzung
- arbeitsbezogene Mindestbelastbarkeit (ab 4 Stunden/Tag, steigerbar) sowie
- ausreichende soziale Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zur verlässlichen und langfristigen Einhaltung getroffener Vereinbarungen einschließlich einer kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

Als prognostisch ungünstig sind u. a. anzusehen:

- sehr häufige akute Krankheitsphasen
- mangelnde soziale Bezüge
- lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und
- psychische Komorbidität (z. B. Abhängigkeitserkrankung).

Je nach den individuell vorliegenden Fähigkeitsstörungen und Ressourcen kommen für Menschen mit affektiven Störungen unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinsichtlich Zielsetzung, Inhalt, Form, Dauer und regionalem Bezug in Betracht.

5.4 Schizophrene Störungen (ICD-10: F2)

Wenngleich viele Gemeinsamkeiten in der Beurteilung affektiver und schizophrener Störungen bezüglich der Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen, sollen in diesem Abschnitt die Besonderheiten schizophrener Störungen beschrieben werden.

Von den an einer schizophrenen Störung Erkrankten erleidet etwa ein Drittel nur kurzfristige und/oder leichtgradige Beeinträchtigungen, ein weiteres Drittel zeigt deutliche Residualsymptome, bleibt aber sozial integriert und ein Drittel entwickelt im Verlauf schwere Residualsyndrome mit erheblichen psychosozialen Konsequenzen. Darüber hinaus haben diese Störungen durch den durchschnittlich relativ frühen Beginn im jungen Erwachsenenalter bedeutsame sozialmedizinische Folgen. Nicht selten sind bei den jungen Betroffenen aufgrund noch nicht begonnener oder diskontinuierlicher Erwerbstätigkeit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Erhalt von Rehabilitationsleistungen aus der Rentenversicherung nicht erfüllt.

Nach Erst- bzw. einmaliger Erkrankung kommt es nur selten zu anhaltenden Leistungseinbußen oder Arbeitsplatzverlust, während bei chronisch-rezidivierenden Verläufen und Ausbildung von schizophrenen Residualsyndromen von einem aufgehobenen Leistungsvermögen in Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen ist und oft nur die Integration in eine Werkstätte für behinderte Menschen in Betracht kommt.

Die Erwerbstätigkeit ist für den Einzelnen nicht nur durch die unmittelbare Bestreitung des Lebensunterhaltes von zentraler Bedeutung; auch ein großer Teil der sozialen Beziehungen und Rollen leitet sich aus der jeweiligen beruflichen Stellung ab. Position und Status einer Person werden sowohl im Arbeitsleben als auch im privaten und gesellschaftlichen Bereich in engem Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit gesehen. Gerade Menschen mit schizophrenen Störungen sind häufig nicht nur gesellschaftlich stigmatisiert, sondern erleiden im Krankheitsverlauf einen teils erheblichen sozialen Abstieg, bei dem der Verlust des Arbeitsplatzes ein häufiges initiales Ereignis darstellt. Die durch eine Erwerbstätigkeit bzw. die berufliche Wiedereingliederung ermöglichte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann bei Menschen mit schizophrenen Störungen zu einer deutlichen psychischen Stabilisierung und sozialen Rehabilitation führen, wobei letztere nicht unmittelbare Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

Grundlage für die sozialmedizinische Beurteilung insbesondere bezüglich der Indikationsstellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept, nach dem die aus der Arbeit resultierenden Belastungen in ihren Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation bewertet werden müssen. Bei Menschen mit schizophrenen Störungen ist meist von einer größeren Vulnerabilität auszugehen, so dass die Chance der psychischen Stabilisierung mit Hilfe von Arbeit gegenüber der Beanspruchung durch die angestrebte vollschichtige Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sorgfältig abzuwägen ist.

Wichtige Angaben und Befunde

Neben den bereits im Abschnitt über die affektiven Störungen unter Kapitel 5.3 aufgeführten Aspekten sind die folgenden Befunde und Angaben bei Antragstellern mit schizophrenen Störungen von Bedeutung:

Symptome mit Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe:

- formale Denkstörungen (z. B. gesperrt, perseverierend, Gedankenabreißen, inkohärent bis zerfahren, Neologismen)
- inhaltliche Denkstörungen (z. B. Wahneinfall, Wahngedanken, Beziehungs-, Verfolgungswahn)
- Sinnestäuschungen (z. B. Illusionen, Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, am häufigsten akustische)
- Wahrnehmungsstörungen (z. B. Wahnwahrnehmung)
- Ich-Störungen (z. B. Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung)
- Antrieb und Psychomotorik (z. B. mutistisch, maniert, unruhig, erregt).

Positives Leistungsbild

Eine einmalige Episode einer schizophrenen Störung wird häufig durch eine besondere Belastung ausgelöst, z. B. durch eine private oder berufliche Konfliktsituation. Solche Belastungen, die die individuelle Bewältigungskapazität des Betroffenen überfordern, sind zu identifizieren und, sofern möglich, zu vermeiden oder die Auswirkungen derselben zu reduzieren, indem geeignete Copingstrategien vermittelt werden. Bei psychiatrischer und ggf. psychotherapeutischer Behandlung besteht bei dieser Verlaufsform schizophrener Störungen vollschichtiges Leistungsvermögen im Erwerbsleben, wobei im Einzelfall vorhandene qualitative Einschränkungen beachtet werden müssen.

Die Bewältigungsfähigkeit der prämorbidem Persönlichkeit sowie günstige Kontextfaktoren wirken sich protektiv aus und verringern durch ihren modulierenden Einfluss selbst bei Betroffenen mit erheblicher psychischer Vulnerabilität das Risiko des Auftretens einer akuten Episode. Bei regelmäßiger psychiatrischer und ggf. auch psychotherapeutischer Behandlung können Versicherte mit durchschnittlicher prämorbidem intellektueller Leistungsfähigkeit eine vollschichtige sachbezogene Tätigkeit in einem strukturierten Rahmen mit regelmäßigen Pausen (ohne besondere Lärmbelastung, ohne besonderen Zeitdruck) konkurrenzfähig ausüben.

Bei prämorbid überdurchschnittlich ausgeprägter intellektueller Leistungsfähigkeit mit entsprechender Ausbildung können auch geistig anspruchsvolle Tätigkeiten unter den genannten Bedingungen ausgeübt werden.

Bei Betroffenen mit chronisch-rezidivierendem Verlauf und gravierender produktiver Symptomatik sowie bei Entwicklung eines Residualsyndroms mit Minussymptomatik ist die medizinische Beeinflussbarkeit der Störung meist sehr gering und das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit ist in diesen Fällen zu prüfen.

Die Erfassung und der Abgleich von Fähigkeitsprofil des Betroffenen und Anforderungsprofil der Berufstätigkeit kann im Rahmen einer Begutachtung oder einer Arbeitserprobung im stationären Rahmen u. a. mit Hilfe strukturierter Merkmalskataloge (MEKA, MELBA, IMBA, Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1990, 1991, 1996) erfolgen.

Negatives Leistungsbild

Die Erhebung und Beurteilung der vorliegenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung, die durch Fremdanamnese, Verhaltensbeobachtung, apparativ-testpsychologische und arbeitspädagogische Einschätzungen ergänzt werden kann.

Fähigkeitsanalysen haben gezeigt, dass bei Menschen mit einer schizophrenen Störung folgende psychische Merkmale eher ungünstige Ausprägungen erreichen:

- Kognition: Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit
- sozial: Durchsetzungsfähigkeit, Führungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz, Fähigkeit zu Teamarbeit
- Kommunikationsfähigkeit und Kulturtechniken (Rechnen, Schreiben, Lesen)
- Arbeitsausführung: Ausdauer, kritische Kontrolle, Selbstständigkeit, Sorgfalt, Verantwortung, Arbeitsplanung
- Psychomotorik: Feinmotorik, Reaktionsgeschwindigkeit, gezielter Antrieb.

Auch eine notwendige psychopharmakologische Behandlung kann die psychomentale Leistungsfähigkeit beeinflussen; einerseits kann durch eine geeignete und individuell dosierte Medikation die Voraussetzung zur Teilhabe am Arbeitsleben überhaupt erst hergestellt werden, andererseits können Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Behandlung wie Müdigkeit, affektive Nivellierung oder auch extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen der Aufnahme einer gezielten Erwerbstätigkeit entgegen stehen.

Tätigkeiten mit den folgenden Belastungsmerkmalen sind bei Versicherten mit einer schizophrenen Störung unter Berücksichtigung der o. g. Leistungseinbußen in der Regel auf Dauer nicht leidensgerecht:

- besondere Anforderungen an die geistige und psychische Belastbarkeit
- pädagogische / soziale / therapeutische Tätigkeiten
- vorwiegend Publikumsverkehr
- Reisetätigkeit und Außendienst
- besonderer Zeitdruck

- Nacht- und Wechselschicht
- in Einzelfällen, z. B. bei Einnahme bestimmter Medikamente:
 - besondere Anforderungen an die Feinmotorik
 - Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
 - besondere Lärmbelastung.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Einschätzung der Arbeitsplatzanforderungen ist an eine umfassende betriebsärztliche, arbeitsmedizinische, arbeitspsychologische, berufskundliche und sozialmedizinische Kompetenz gebunden. Der Vergleich von branchenüblichen Belastungsmerkmalen und individuellem Fähigkeitsprofil bei psychisch kranken Menschen erfordert große Sorgfalt und umfassende psychiatrische Erfahrung. Sozialmedizinische Zielsetzung ist die Erstellung eines differenzierten positiven und negativen Leistungsbildes. Die Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss sich daran orientieren, ob eine Rückkehr in den bisherigen Beruf möglich ist oder die Tätigkeit in einem anderen Berufsfeld angestrebt werden muss. Falls Letzteres erforderlich ist, muss geklärt werden, welche berufliche Tätigkeit mit welchem Qualifikationsniveau unter Berücksichtigung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall geeignet erscheint. Für die Rehabilitationsplanung sind auch die individuelle Belastbarkeit für Schulungsmaßnahmen und die Einhaltung eines sinnvollen zeitlichen Rahmens zu berücksichtigen. Erfahrungsgemäß sind viele Versicherte mit schizophrenen Störungen für qualifizierte Umschulungsmaßnahmen nicht ausreichend belastbar.

Angesichts der bei Menschen mit schizophrenen Störungen individuell sehr unterschiedlichen Leistungsprofile und Rehabilitationspotentiale ist die Vorhersage erfolgreicher Rehabilitationsverläufe mit erheblichen Schwierigkeiten behaftet. Prognostisch günstige Aspekte sind u. a.:

- eine gute prämorbid Sozialisation
- ausreichende Erfahrung im Umgang mit der eigenen Krankheit bzw. Behinderung
- Fehlen eines Residualsyndroms
- eine realistische Selbsteinschätzung
- eine arbeitsbezogene Mindestbelastbarkeit (ab 4 Stunden pro Tag, steigerbar)
- eine ausreichende soziale Kontaktfähigkeit und
- die Fähigkeit, getroffene Vereinbarungen einschließlich der Rehabilitationsplanung längerfristig einzuhalten.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit der oft unverzichtbaren neuroleptischen Medikation trägt dazu ebenso bei wie eine regelmäßige, bedarfsgerechte ambulante Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie.

Als prognostisch ungünstig gelten hingegen u. a.:

- eine ausgeprägte, die akute Episode überdauernde produktiv-psychotische Symptomatik oder ein schizophreses Residuum mit Minussyptomatik sowie

- eine möglicherweise begleitende Abhängigkeitsproblematik (als misslungener „Selbstheilungsversuch“ durch Alkohol bzw. andere suchterzeugende Substanzen).

Hier ist die Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht gegeben.

Für Versicherte mit schizophrenen Störungen kommen je nach individuellen Ressourcen und Fähigkeitsstörungen verschiedene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht. Sie unterscheiden sich u. a. hinsichtlich Zielsetzung, Inhalt, Form, Dauer und regionalem Bezug, wobei die Vorteile einer wohnortnahen Rehabilitation zur Vermeidung sozialer Desintegration gegenüber dem möglichen Nachteil eines Verbleibs in der bereits durch das Miterleben von u. U. dramatischen Krankheitsepisoden geprägten Umgebung in der Regel überwiegen.

5.5 Abhängigkeitserkrankungen

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist gerade auch für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von elementarer Bedeutung. „Berufstätigsein“ ist sichtbares Kennzeichen gesellschaftlicher Zugehörigkeit. Eine Erwerbstätigkeit zur Bestreitung des Lebensunterhaltes ist von zentraler Bedeutung, darüber hinaus leitet sich ein großer Teil sozialer Beziehungen und Rollen aus der beruflichen Stellung ab. Arbeitslosigkeit ist unbestritten ein bedeutsamer „pathogener Faktor“ und stellt in der Rehabilitation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ein erhebliches Hindernis dar. Demgegenüber kann die Rezidivwahrscheinlichkeit bei einer Abhängigkeitserkrankung durch eine Reintegration in das Arbeitsleben verringert werden.

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen können bezüglich ihrer beruflichen Integration verschiedene Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen unterschieden werden:

1. Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen, der nicht gefährdet ist;
2. Rehabilitanden, die von einer Kündigung bedroht, in ihrem Arbeitsleben überfordert sind, häufig den Arbeitsplatz wechseln, über keine Arbeitsidentifikation trotz vorhandenen Arbeitsplatzes mehr verfügen oder Gefahr laufen, an einen Arbeitsplatz zurückzukehren, an dem sie berufsbedingt unausweichlich mit Suchtmitteln Umgang haben;
3. Personen mit erheblichen Ausbildungsdefiziten;
4. Langzeitarbeitslose und Arbeitsentwöhnte;
5. Kurzzeitarbeitslose.

Neben individuellen Bedürfnissen und darauf ausgerichteten einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es auch suchtmittelspezifische Schwerpunkte. Bei Drogenabhängigen sind eine abgeschlossene Berufsausbildung und konkrete berufliche Erfahrungen seltener, so dass entsprechende Leistungen sich mehr auf die Basiskompetenzen konzentrieren, bevor weitergehende Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei Langzeitarbeitslosigkeit stellt eine Reintegration ins Arbeitsleben einen wichtigen Faktor zur Stabilisierung der sozialen Situation und somit zur Sicherung des Erfolges

der medizinischen Rehabilitation einschließlich Adaption dar. Bei Suchtmittelabstinenz kommt primär eine Rückkehr in den erlernten oder früheren Beruf in Frage, dabei sind die Agenturen für Arbeit Hauptansprechpartner. Die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt sich, wenn es im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung oder von Begleit- und Folgeerkrankungen zu Leistungseinschränkungen gekommen ist, so dass den beruflichen Anforderungen nicht mehr entsprochen werden kann. Diese sind im positiven und negativen Leistungsbild genauer zu beschreiben. Wesentlich ist die Entscheidung auf der Grundlage der vorliegenden sozialmedizinisch aussagekräftigen Unterlagen und die nahtlose Einleitung der indizierten und differenziell begründeten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an die Suchtrehabilitation (Entwöhnung) unter Berücksichtigung der Komorbidität.

Bei Vorliegen einer manifesten Suchterkrankung ist bei den Antragstellern die Voraussetzung einer ausreichenden Belastbarkeit für die Anforderungen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht gegeben. Vor eventuell indizierten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist hier zunächst eine erfolgreich absolvierte Suchtrehabilitation zu fordern. Dazu sind den Versicherten individuell geeignete Wege aufzuzeigen, z. B. das Angebot einer Entwöhnungsbehandlung nach einer Entzugsbehandlung, wenn aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen Motivation und Erfolgsaussicht erkennbar sind, oder die Empfehlung eines Antrags auf eine Suchtrehabilitation unter Hinweis auf die Notwendigkeit der vorherigen Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle zur Vorbetreuung, Motivierung und zur Erstellung eines Sozialberichtes.

Arbeitsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

Anders als bei anderen Indikationen ist die Dauer der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen relativ lang (8 - 26 Wochen). Daher ist eine frühzeitige Einbeziehung arbeitsbezogener Fragestellungen in die Gesamtplanung des Rehabilitationsprozesses in besonderem Maße erforderlich.

Mit der Arbeits- und der Ergotherapie gibt es in den Rehabilitationseinrichtungen ein bewährtes Therapieangebot, das die Verknüpfung zur Arbeitseinstellung und zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben herstellt. Weitere Leistungselemente sind spezielle Angebote wie z. B. indikative Gruppen „Arbeitsweltbezogene Problematik“, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers oder der Agentur für Arbeit sowie mit dem Reha-Berater, Belastungserprobung, PC-Schulungskurse und weitere störungsbezogene bzw. psychoedukative Gruppen mit den Inhalten Umgang mit Arbeitslosigkeit, Bewerbungstraining und soziales Kompetenztraining sowie externe Praktika.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind versicherungsrechtlich und hinsichtlich des Verfahrensablaufs zwar von der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen, eine Indikation zur beruflichen Integration wird aber schon während der medizinischen Rehabilitation gestellt und diese entsprechend eingeleitet.

Im Interesse der Versicherten geht es darum, eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation zu erreichen, um den Eingliederungsprozess aktiv gestaltend zu beschleunigen. Es kommt daher in der medizinischen Rehabilitation zunehmend darauf an, dass ein arbeitsbezogener Rehabilitationsbedarf

frühzeitig erkannt wird und sich die jeweiligen Leistungen möglichst unmittelbar anschließen.

Positives Leistungsbild

Differenzierte berufliche Leistungsanforderungen erfordern die Erstellung eines individuellen Leistungsprofils. Die Erfassung und der Abgleich von Fähigkeitsprofil des Betroffenen mit dem Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit kann im Rahmen einer Begutachtung oder einer Arbeitserprobung mit Hilfe oben schon erwähnter strukturierter Merkmalskataloge (MEKA, MELBA und IMBA, siehe Kapitel 5.4) erfolgen.

Nach dem biopsychosozialen Modell der Komponenten von Gesundheit gemäß der ICF sind bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung neben genetischen, neurobiologischen und intrapsychischen Faktoren auch Belastungen privater, sozialer und/oder beruflicher Art von Bedeutung. Da solche Belastungen nicht immer zu vermeiden sind, sollte die Rehabilitation auch die Vermittlung entsprechender Coping-Strategien beinhalten.

Sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel sind als störungsgerecht anzusehen. Es sollte kein direkter berufsbezogener Kontakt mit psychotropen bzw. suchterzeugenden Substanzen erfolgen. Eine gute soziale Einbettung mit tragfähigen Kontakten zu Kollegen und Vorgesetzten ist hilfreich.

Negatives Leistungsbild

Das negative Leistungsbild wird einerseits determiniert durch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, die auf Grund-, Folge- oder Begleiterkrankungen zurückzuführen sind - hier ist insbesondere auf die Häufigkeit der Verknüpfung von Abhängigkeitserkrankungen mit anderen psychischen Störungen zu verweisen -, andererseits durch eine anhaltende Exposition gegenüber dem Suchtstoff.

Eine Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann sich demnach aus Grund-, Folge- und Begleiterkrankungen ergeben, z. B. bei Leistungseinschränkungen durch:

- psychische Begleiterkrankungen (z. B. depressive oder Angststörung, schwere Persönlichkeitsstörung)
- Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems (z. B. zerebelläre Ataxie, Polyneuropathie, hirnorganische Beeinträchtigungen)
- Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (z. B. Leberzirrhose, chronische Pankreatitis)
- kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Kardiomyopathie, arterielle Hypertonie)
- Unfallfolgen
- Infektionskrankheiten (HIV-Infektion, chronische Hepatitis, Tuberkulose).

Für viele Indikationen liegen Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit vor (siehe www.deutsche-rentenversicherung-bund.de).

Neben körperlichen Beeinträchtigungen gibt es jedoch auch andere, im Laufe eines suchtmittelbelasteten Lebens entstandene Kompetenzdefizite, insbesondere in Bezug auf die basalen psychischen und sozialen Fähigkeiten und den Umgang mit modernen Arbeitsmitteln; dazu gehören:

- eine Beeinträchtigung der Grundarbeitsfähigkeit mit den Kriterien Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit;
- mangelnde Sozialkompetenzen, betreffend Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe, Abgrenzungsfähigkeit sowie
- Störungen des Selbstbildes und Einbußen in den Bereichen Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeitserfahrung.

Im Einzelfall können - bei fehlenden ausgeprägten Folge- oder Begleiterkrankungen - qualifizierende Maßnahmen (Umschulung) nach erfolgreicher Suchtrehabilitation sinnvoll sein, wenn die Art der letzten beruflichen Tätigkeit eine besondere Suchtmittelexposition und damit eine erhöhte Rückfallgefahr beinhaltet, z. B. bei:

- ständigem beruflichen Umgang mit Suchtstoffen in Verbindung mit hoher psychischer Belastung im medizinisch-pflegerischen Bereich oder
- branchenüblichem Umgang mit Alkohol im Hotel- und Gaststättengewerbe.

Spezielle Aspekte der Adaption

Die Adaption ist ein für Abhängigkeitserkrankungen spezifischer Bestandteil der Leistung zur medizinischen Rehabilitation und keine eigenständige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die stationäre medizinische Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe von Rehabilitanden (insbesondere Rehabilitanden ohne Arbeit und Wohnung) die so genannte Adaptionsphase einschließen. Während der Adaptionsphase treten die therapeutischen Behandlungsangebote zu Gunsten der Übung einer eigenverantwortlichen Lebensführung und einer Erprobung der Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen zurück. Entsprechend dieser Zielsetzung findet die Adaption in einem besonderen Setting statt (z. B. besondere räumliche Gegebenheiten).

Die Adaptionsphase dient primär der weiteren Stabilisierung der Abstinenz bei erhöhter Rückfallgefährdung der Rehabilitanden. Einzel- und Gruppengespräche konzentrieren sich vorwiegend auf die alltagsbezogenen Problemstellungen und auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Durch die Absolvierung von Praktika, die therapeutisch begleitet werden, kann eine Erprobung und Stabilisierung von Veränderungsprozessen erfolgen. Gleichzeitig treten die noch vorhandenen Unsicherheiten und Schwächen hervor, was eine gezielte Prozessarbeit ermöglicht.

Adaptionsleistungen können sowohl in speziellen Einrichtungen, die ausschließlich der Adaption dienen, als auch unter dem „therapeutischen Dach“ einer Entwöhnungseinrichtung erbracht werden.

Die Dauer der Adaptionstherapie beträgt in der Regel 12 Wochen bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen.

5.6 Differentielle Indikationsstellung für unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Aufgrund der unterschiedlichen psychischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ist es für Rehabilitanden mit einer psychischen Störung besonders wichtig, mit ihnen gemeinsam eine individuell zugeschnittene Rehabilitationsstrategie mit dem Ziel der Reintegration in das Erwerbsleben zu entwerfen. Die Möglichkeiten innerbetrieblicher Umsetzung, der Vermittlung von Eingliederungshilfen, von Hilfen zur Erlangung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes sowie betrieblicher Anpassungsmaßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung sind vorrangig zu prüfen. Wenn spezifische Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, sollten möglichst wohnortnahe Einrichtungen und Dienste mit überschaubaren Strukturen bevorzugt werden. Zur beruflichen Reintegration nach längerer krankheitsbedingter Ausgliederung aus dem Erwerbsleben sind insbesondere integrierende Praktika in ortsansässigen Betrieben oder in Übungsfirmen geeignet. Andere, wohnortferne Einrichtungen sollten in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen wegen der Gefahr der sozialen Desintegration nur dann ausgewählt werden, wenn die spezifische Kompetenz dieser Einrichtungen erforderlich ist.

Des Weiteren zählen zu den in Einzelfällen auch für Menschen mit psychischen Störungen erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 SGB IX Mobilitätshilfen einschließlich Kraftfahrzeughilfen sowie technische Arbeitshilfen und u. U. die Kostenübernahme für eine notwendige Arbeitsassistenz. Zu beachten ist hierbei, dass die Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs bzw. zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr durch eine psychische Störung in einem Ausmaß eingeschränkt sein kann, dass entsprechende Hilfen, die primär der Erreichung des Arbeitsplatzes mittels eines Kraftfahrzeugs dienen sollen, nicht Erfolg versprechend eingesetzt werden können. Einzelheiten zur Kraftfahrereignung bei psychischen Störungen können den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen entnommen werden.

Auch zur Förderung der Integration psychisch kranker oder behinderter Menschen in das Erwerbsleben steht eine Vielzahl unterschiedlicher Möglichkeiten zur Verfügung (siehe auch Anhang 7.5), von denen hier die Wichtigsten aufgeführt werden sollen:

5.6.1 Medizinisch-berufliche Rehabilitation

Wenn ausgeprägte Fähigkeitsstörungen aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung medizinische Leistungen zur Rehabilitation erfordern, zugleich aber auch steigerungsfähige berufstherapeutische Belastungen möglich und eine Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, stehen die folgenden Rehabilitationsleistungen zur Verfügung:

Medizinisch-berufliche Rehabilitation der Phase II

(Belastungserprobung: 6 Wochen, Arbeitstherapie: 3 bzw. 6 Monate)

Sie erfolgt bei Antragstellern mit psychischer Behinderung aufgrund affektiver und schizophrener Störungen, schwerer neurotischer, Belastungs-, Impulskontroll- und somatoformer Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen und soll die Lücke zwischen Akutbehandlung oder medizinischer Rehabilitation und einer im Anschluss notwendig werdenden beruflichen Rehabilitation schließen. In diesem Rahmen sind eine längerfristige qualifizierte Analyse von Ressourcen und Fähigkeitsstörungen einerseits, andererseits aber auch eine berufsbezogene Selbsterfahrung des Rehabilitanden möglich.

Belastungserprobung (BE) und Arbeitstherapie (AT) sollen nach längerem krankheitsbedingtem Ausschluss vom Erwerbsleben über noch erforderliche medizinische Leistungen zur Rehabilitation hinaus der Erprobung bzw. Stabilisierung von erwerbsbezogenen Eigenschaften wie Ausdauer, Belastbarkeit und sozialer Kompetenz dienen. Zudem besteht in diesem Rahmen die Möglichkeit der psychotherapeutischen Bearbeitung von durch die psychische Störung beeinflussten Umschulungswünschen für nicht leidensgerechte Tätigkeiten sowie der Erarbeitung realistischer beruflicher Perspektiven.

Wenn die Einbußen von Aktivitäten und Teilhabe ausschließlich auf eine manifeste Abhängigkeitserkrankung mit fortgesetztem Gebrauch psychotroper Substanzen oder eine geistige Behinderung zurückzuführen sind, besteht in der Regel keine Indikation für eine medizinisch-berufliche Rehabilitation.

RPK-Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Hierbei handelt es sich um stationäre und ambulante Langzeitrehabilitationen für Menschen mit psychischen Störungen in regionalen, spezialisierten Zentren mit angeschlossenen Werkstätten und ggf. der Einbeziehung regionaler Betriebe. Medizinische (analog Phase I), medizinisch-berufliche (analog Phase II) und berufliche Inhalte (analog Phase III) werden in diesen Einrichtungen integriert. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie soziotherapeutische Interventionen einschließlich Koordination komplementärer wohnortnaher Versorgungsstrukturen können so an den individuellen Ressourcen und Fähigkeitsstörungen des Versicherten ausgerichtet und unter einem Dach angeboten werden.

Gemäß der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit von 1986 (aktualisierte Version befindet sich derzeit im Abstimmungsprozess) wird die medizinische Rehabilitation im Rahmen der RPK-Maßnahmen über 3 bis maximal 12 Monate durchgeführt. Bei gegebener Indikation können im Anschluss Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterschiedlicher spezieller Zielsetzung und Dauer in der RPK-Einrichtung durchgeführt werden (Arbeitserprobung und Eignungsabklärung, bis zu 6 Wochen; Berufsvorbereitung, bis zu 6 Monate; berufliche Anpassung, bis zu 9 Mona-

te). Während RPK-Einrichtungen dem Anforderungsprofil dieser Empfehlungsvereinbarung entsprechen, ist dies bei Übergangseinrichtungen nicht regelmäßig der Fall.

RPK-Maßnahmen sind insbesondere bei jüngeren Menschen mit schweren affektiven oder schizophrenen Störungen sowie schweren Persönlichkeitsstörungen indiziert, wenn bereits mehrere längere Behandlungen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus bzw. einer Fachabteilung stattgefunden haben und die psychische Störung zu einer dauerhaften Behinderung zu führen droht. Oft haben die Betroffenen krankheitsbedingt noch keine Ausbildung absolviert und den Ablösungsprozess vom Elternhaus einschließlich des Aufbaus tragfähiger sozialer Beziehungen und materieller Verselbstständigung noch nicht vollzogen. Ziel der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der RPK-Maßnahmen ist in diesen Fällen die Erlangung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Indikation zur Durchführung einer RPK-Maßnahme wird nach einer differenzierten Prüfung gestellt (siehe Empfehlungsvereinbarung).

5.6.2 Berufliche Rehabilitation (Phase III)

Voraussetzung für die Durchführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in der Regel die Belastbarkeit für eine ganztägige Schulung oder vollschichtige Belastbarkeit für eine leidensgerechte Tätigkeit. Psychisch behinderte Menschen sollten dabei in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben. Dadurch kann auch die für Menschen mit psychischen Störungen besonders wichtige Kontinuität der therapeutischen Beziehungen erhalten werden, zumal die Beeinträchtigung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit oft zentraler Bestandteil psychischer Störungen ist.

Wenn eine betriebliche Eingliederung, Trainingsmaßnahmen oder eine Umschulung am Wohnort nicht möglich sind, kann im Einzelfall eine Rehabilitation in einer geeigneten überregionalen Phase-III-Einrichtung unter Einbindung rehabilitationsspezifischer psychiatrischer, psychologischer, pädagogischer und sozialpädagogischer Kompetenzen erforderlich sein. Die Reintegration in eine bisher ausgeübte Tätigkeit erfolgt in beruflichen Trainingszentren, für notwendige Umschulungen stehen speziell auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen ausgerichtete Berufsförderungswerke zur Verfügung.

Im Einzelnen sind zu nennen:

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Diese wurden speziell für die Erfordernisse und Bedürfnisse psychisch kranker Menschen eingerichtet. Sie dienen der Vorbereitung der Reintegration in den Bezugsberuf oder einer sich anschließenden Umschulung. Dabei erfolgt über 6 bis 12 Monate entweder eine stufenweise Anpassung an die aktuellen Anforderungen im bereits erlernten Beruf oder ein Anlernen in einem für den Rehabilitanden neuen Berufsfeld. Auch dreimonatige Arbeitserprobungs- und Trainingsmaßnahmen werden angeboten.

Besondere Angebote für psychisch kranke Menschen in Berufsförderungswerken (BFW)

Diese sind indiziert, wenn die letzte Tätigkeit bzw. der Bezugsberuf aufgrund der psychischen Behinderung nicht mehr ausgeübt werden kann, in einem anderen Tätigkeitsfeld jedoch keine zeitliche Leistungseinschränkung besteht und eine Umschulung erforderlich ist. Die Angebote der Berufsförderungswerke sind gekennzeichnet durch eine geringe Gruppengröße, adäquate Pausen, die Bevorzugung handlungsorientierter Gruppenarbeit, eine klare Tagesstruktur sowie Auffang- und Stützmöglichkeiten für Krisensituationen und sollten auch flexible Wiederholungsmöglichkeiten bieten. Voraussetzung dafür ist eine strukturelle und personelle Ausstattung, die den besonderen Anforderungen an die Rehabilitation psychisch behinderter Menschen Rechnung trägt.

- **Abklärung der beruflichen Eignung und erweiterte Arbeitserprobung (EAP) für psychisch behinderte Menschen**

Abklärung der beruflichen Eignung und erweiterte Arbeitserprobung (3 - 6 Wochen) werden in für psychisch behinderte Menschen besonders geeigneten Berufsförderungswerken durchgeführt. Wenn Unsicherheiten bezüglich der angestrebten Berufstätigkeit bzw. der Eignung des Rehabilitanden für diese Berufstätigkeit bestehen, kann auf diesem Wege der fundierte und praxisorientierte Abgleich von Ressourcen und Fähigkeitsstörungen einerseits mit dem Anforderungsprofil der angestrebten Tätigkeit andererseits erfolgen, verbunden mit einer auf dieser Basis möglichen eingehenden Beratung.

- **Rehabilitations-Vorbereitungs-Training (RVT)**

Ein Rehabilitations-Vorbereitungs-Training (in der Regel 3 Monate) kann im Einzelfall vor einer Umschulungsmaßnahme bei Rehabilitanden mit solchen psychischen Störungen angezeigt sein, die mit einer besonderen Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz einhergehen, wenn die Umschulung behinderungsbedingt ohne eine solche Vorbereitung nicht durchgeführt werden kann.

- **Rehabilitations-Vorbereitungs-Lehrgänge (RVL)**

Verlängerte und speziell zugeschnittene umschulungsvorbereitende Rehabilitations-Vorbereitungs-Lehrgänge (3 Monate) dienen der Vertiefung von Grundkenntnissen bzw. Behebung von Defiziten im schulischen Bereich und der Erhöhung der Sozialkompetenz; sie kommen in Frage, wenn eine Umschulung behinderungsbedingt sonst nicht zu erreichen ist.

- **Umschulungsmaßnahmen**

Die Umschulung in einem Berufsförderungswerk bietet den Vorteil der ständigen Betreuungsmöglichkeit durch das multiprofessionelle Team der begleiten-

den Fachdienste und - bei krankheitsbedingten Versäumnissen - die Möglichkeit, entstandene Wissenslücken durch Förderunterricht zu kompensieren. Generell ist auch für Menschen mit psychischen Störungen die auf zwei Jahre angelegte Rehabilitationsdauer ausreichend. Bei Versicherten mit schweren affektiven oder schizophrenen Störungen sowie schweren Persönlichkeitsstörungen ist die Belastbarkeit für die Absolvierung einer qualifizierten Umschulung sorgfältig zu prüfen, um eine Überforderung mit eventueller Dekompensation der psychischen Störung zu vermeiden.

Berufliche Fortbildungszentren (BFZ)

Berufliche Fortbildungszentren sind überwiegend in Bayern lokalisierte Einrichtungen, die durch die Arbeitgeberverbände getragen werden und ein konzeptionell an Berufsförderungswerken oder Beruflichen Trainingszentren orientiertes Leistungsspektrum für Menschen mit psychischen Behinderungen erbringen.

Reintegrationsmaßnahmen für psychisch kranke und behinderte Menschen, u. a. in Übungsfirmen

Hierbei handelt es sich um Trainingsmaßnahmen im Angebot überregionaler Leistungsanbieter (z. B. BFW, BFZ, DEKRA), aber auch um Integrationsprogramme lokaler gemeinnütziger Träger, durchgeführt u. a. in Übungsfirmen (6 - 12 Monate). Sie sind geeignet für psychisch behinderte Menschen mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung, die krankheitsbedingt längerfristig aus dem Erwerbsleben ausgegliedert sind und bei denen eine Vollqualifizierung aus medizinischen oder arbeitsmarktbedingten Gründen nicht angezeigt ist. Eine Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist diesem Personenkreis ohne integrierende Hilfen nicht möglich. In der Regel bestehen die Integrationsprogramme aus einem Trainingsprogramm, das die vorhandenen Ressourcen nutzt, einem berufsfeldorientierten Aufbautraining sowie betrieblichen Praktika, über die idealerweise eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen soll.

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Integration in eine WfbM kann als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auch für psychisch kranke oder behinderte Menschen in Frage kommen; Einzelheiten zu den Aufgaben der WfbM siehe Anhang 7.5.10.

Werkstätten für behinderte Menschen haben den Auftrag, eine angemessene berufliche Bildung und eine leistungsgerecht vergütete Beschäftigung im geschützten Werkstattbereich für den Personenkreis vorzuhalten, der behinderungsbedingt nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.

6 Erkrankungen des Nervensystems

6.1 Zerebrovaskuläre Erkrankungen (ICD-10: I60 - 69) (Schlaganfall u. a.)

Für die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Rentenversicherung sind von den zerebrovaskulären Erkrankungen v. a. die folgenden von sozialmedizinischer Bedeutung: subarachnoidale (I60), intrazerebrale (I61) und sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung (I62), ischämischer Hirninfarkt (I63), Schlaganfall ohne nähere Angaben (I64) und sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten (I67, I68) und deren Folgen (I69). Ebenfalls sozialmedizinisch relevant ist die aus einer zerebrovaskulären Erkrankung resultierende Halbseitenlähmung (G81).

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, die ggf. durch eine (neuro-)psychologische und arbeitspädagogische Einschätzung zu ergänzen ist. Wegen der häufig vorhandenen internistischen Begleiterkrankungen kann ein zusätzlicher Fachbefund erforderlich werden.

Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind bei der Beurteilung von wesentlicher Bedeutung:

- Verlauf der Erkrankung (z. B. vorausgegangene Hirninfarkte)
- internistische Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herz- und Gefäßerkrankungen, Thromboseneigung)
- psychische Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. affektive Störungen, Halluzinosen, Angststörungen, amnestische Syndrome, kognitive Störungen)
- Epilepsie
- Medikamenteneinnahme (z. B. Antikoagulantien, Antiarrhythmika, Antikonvulsiva)
- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. spastische/schlaffe Lähmungen, Koordinationsstörungen, Ataxie, Feinmotorikstörungen, Dysarthrie, Kontrakturen
sensorische Funktionen	z. B. Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder; Störungen des Hörvermögens, des Lage- und Gleichgewichtssinns, Ohrgeräusche, Schwindel; Störungen des Geschmacks- und Geruchssinns; Störungen des Tastsinns, der Oberflächen- und Tiefensensibilität, Schmerzen
allgemeine und besondere mentale Funktionen	z. B. Orientierungs- und Antriebsstörungen, Minderung der kognitiv-intellektuellen Leistungsfähigkeit, emotionale Instabilität, Wesensänderung, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

	Gedächtnisstörungen, Affektlabilität, verlangsamtes Denken, mangelndes Abstraktionsvermögen, eingeschränkte psychomentele Flexibilität, Aphasie, Apraxie, Neglect
Funktionen der Blasen- und Darmentleerung	Kontinenzstörungen

- Beeinträchtigungen der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Lernen und Wissensanwendung	z. B. Beeinträchtigung, Neues zu lernen und Probleme zu lösen, mangelnde Entscheidungsfähigkeit und Entschlusskraft
Kommunikation	z. B. Beeinträchtigung des Verständnisses für gesprochene und/oder schriftliche Mitteilungen, in der Produktion von Mitteilungen oder bei der Nutzung von Kommunikationsgeräten
Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition sowie beim Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ¹) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit für die Anforderungen des Tätigkeitsfeldes bzw. Arbeitsplatzes sind bei Versicherten mit zerebrovaskulären Erkrankungen neben der körperlichen Beanspruchung und Arbeitsorganisation vor allem die Erfordernisse an die psychomentele/kognitive Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Arbeitsschwere können in der Regel höchstens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) bewältigt werden. In Abhängigkeit von der Ausprägung der Funktionsstörungen ist meist eine überwiegend sitzende Arbeitshaltung im Wechsel mit zeitweisem Gehen und Stehen möglich. Tagesschicht, Früh- und Spätschicht sind zumutbar.

Negatives Leistungsbild

In Abhängigkeit von Art und Ausprägung der aus der zerebrovaskulären Erkrankung resultierenden Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen können erhebliche Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe auftreten. Einschränkungen ergeben sich daher oft bei den folgenden erwerbsrelevanten Anforderungen:

¹ ADL: Activities of daily living

- körperlich mittelschwere Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1), wie z. B. Heben, Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg in der Ebene
- Arbeiten überwiegend im Stehen oder Gehen
- Nachtschicht, häufig wechselnde Arbeitszeiten
- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Konzentrationsvermögen, Reaktionsvermögen, Flexibilität
- Tätigkeiten unter Zeitdruck
- Tätigkeiten mit besonderer Verantwortung für Personen und Maschinen
- Überwachungs- und Steuerungstätigkeiten
- Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an das Sprech-, Sprach-, Lese-, Schreib- und/oder Rechenvermögen stellen
- Berufskraftfahren
- überwiegende Reise- oder Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an Feinmotorik und beidhändigen Einsatz
- Arbeiten in ungünstiger Haltung (z. B. Armvorhaltetätigkeiten, Überkopfarbeiten)
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten mit erhöhter Unfall- und Verletzungsgefahr.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Aufgrund der individuell durch die neurologische/neuropsychologische Symptomatik sehr unterschiedlich ausgeprägten Fähigkeitsstörungen und der ggf. bestehenden internistischen Begleiterkrankungen ist eine differenzierte Einschätzung des Leistungsvermögens im Hinblick auf die gegebenen Arbeitsplatzanforderungen notwendig. Durch entsprechende Arbeitsplatzgestaltung und Versorgung mit technischen Hilfsmitteln und/oder Eingliederungshilfen kann in vielen Fällen der Verbleib am alten Arbeitsplatz bzw. im ursprünglichen Berufsfeld erreicht werden.

Bei Versicherten mit zerebrovaskulären Erkrankungen und deren Folgeerscheinungen kann die Wegefähigkeit eingeschränkt sein. Durch Kraftfahrzeughilfe kann die Wegeunfähigkeit und damit das Unvermögen, den Ort der beruflichen Betätigung zu

erreichen, ausgeglichen werden. Wenn den gestellten Anforderungen zum eigenständigen Führen von Kraftfahrzeugen nicht mehr entsprochen werden kann, sollte hier vor allem die Bezuschussung von Beförderungskosten in Erwägung gezogen werden, um die Bewältigung der Arbeitswege zu ermöglichen.

Bei behinderungsbedingt notwendigem Wechsel des Berufsfeldes ist zu prüfen, ob eine ausreichend stabile Belastbarkeit für qualifizierende Maßnahmen der Fort-, Aus- und Weiterbildung besteht. Auf den Erfolg einer Schulungsmaßnahme und Wiedereingliederung können sich vor allem kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen limitierend auswirken. In diesen Fällen ist zu prüfen, ob durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit neurologischem bzw. neuropsychologischem Schwerpunkt und/oder längerfristige Trainingsmaßnahmen im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation das Leistungsvermögen wesentlich verbessert oder wiederhergestellt werden kann.

6.2 Encephalomyelitis disseminata (ICD-10: G35) (Syn.: Multiple Sklerose, MS)

Bei der Encephalomyelitis disseminata (E. d.) handelt es sich um eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, der primär ein Zerfall von Myelinhüllen der Nervenbahnen im Bereich des Gehirns und/oder des Rückenmarks zugrunde liegt. Bei der Mehrzahl der Betroffenen findet sich ein schubförmiger Krankheitsverlauf, der sich an verschiedenen Orten des ZNS abspielt und sich somit durch unterschiedliche klinische Erscheinungsformen manifestiert. Zumindest in den Anfangsstadien der Erkrankung bilden sich die Symptome oft mehr oder weniger vollständig zurück. Im weiteren Verlauf der Erkrankung sowie bei den primär bzw. sekundär progredienten Verläufen verbleiben zunehmend deutliche Restsymptome, die sich in unterschiedlicher Weise auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben auswirken können.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, die ggf. durch eine (neuro-)psychologische und arbeitspädagogische Einschätzung zu ergänzen ist. Die Beurteilung der Sehfähigkeit erfordert eine augenärztliche Untersuchung. Bei Versicherten an Bildschirmarbeitsplätzen erfolgt dies im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung nach dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz 37 „Bildschirmarbeitsplätze“, der für die Beurteilung herangezogen werden kann.

Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind bei der Beurteilung von wesentlicher Bedeutung:

- Verlauf der Erkrankung (z. B. schubförmig-remittierend, primär progredient, sekundär progredient, progredient mit Schüben)

- Schwere der Krankheit (z. B. Schubfrequenz, Rückbildungsfähigkeit der Funktionsstörungen, Ausprägung der verbleibenden Behinderung nach der Kurtzke-Skala¹ bzw. EDSS², siehe Anhang 7.3)
- psychische Begleit- und Folgeerkrankungen (z. B. affektive Störungen, organische Psychosen, kognitive Störungen, vorzeitige Erschöpfbarkeit)
- Komplikationen (z. B. Epilepsie, chronische Harnwegsinfekte mit Nierenschäden, Osteoporose, Dekubitalulzera)
- Medikamenteneinnahme (z. B. immunmodulatorische Medikamente, Immunsuppressiva, Glucocorticoide, Antikonvulsiva)
- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF³ für die Bereiche:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. spastische Lähmungen, Koordinationsstörungen, Ataxie, Intentionstremor, Feinmotorikstörungen, Dystonien, Dysarthrie, Kontrakturen
sensorische Funktionen	z. B. Visusminderung, Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder; Störungen des Lage- und Gleichgewichtssinns, Ohrgeräusche, Schwindel; Störungen des Tastsinns, der Oberflächen- und Tiefensensibilität, Parästhesien, paroxysmale Schmerzen
allgemeine und besondere mentale Funktionen	z. B. Orientierungs- und Antriebsstörungen, Erschöpfung, allgemeine intellektuelle Beeinträchtigung, emotionale Instabilität, Wesensänderung Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Affektlabilität, verlangsamtes Denken, mangelndes Abstraktionsvermögen, eingeschränkte kognitive Flexibilität, vermindertes Einsehungsvermögen
Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	z. B. Kontinenzstörungen, Wärmeintoleranz (Uhthoff-Phänomen)

- Beeinträchtigungen der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Lernen und Wissensanwendung	z. B. Beeinträchtigung, Neues zu lernen und Probleme zu lösen, mangelnde Entscheidungsfähigkeit und Entschlusskraft
Kommunikation	z. B. Beeinträchtigung in der Produktion von Mitteilungen oder bei der Nutzung von Kommunikationsgeräten
Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition sowie beim Greifen, Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ¹) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme

¹ Einschätzung der Behinderung bei MS (Funktionsbewertungen) nach Kurtzke

² EDSS: Expanded Disability Status Scale nach Kurtzke

³ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale. Für die Beurteilung der Anforderung des Arbeitsplatzes sind bei Versicherten mit E. d. neben körperlicher Beanspruchung und Arbeitsorganisation vor allem die Erfordernisse an die psychomenteale Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Arbeitsschwere sind höchstens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) zumutbar. Die Tätigkeiten sollten in Tagesschicht vorwiegend im Sitzen und in temperierten Räumen ausgeübt werden.

Negatives Leistungsbild

Art, Verteilung und Umfang der erkrankungsbedingt bestehenden Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen können wie oben beschrieben individuell sehr verschieden ausgeprägt sein. Aktivitäten und Teilhabe können daher in unterschiedlicher Weise beeinträchtigt sein. Dem entsprechend können folgende erwerbsrelevante Aktivitäten mehr oder weniger schwer beeinträchtigt sein:

- körperlich mittelschwere Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1), z. B. Heben, Bewegen, Tragen von Lasten über 10 kg
- Arbeiten überwiegend im Stehen oder Gehen
- Arbeiten in ungünstiger Haltung (z. B. Armvorhaltetätigkeiten, Überkopfarbeiten)
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Arbeiten in Hitze, Nässe, Kälte, Zugluft
- ständige Bildschirmarbeit
- Berufskraftfahren
- häufige Reisetätigkeit, Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten unter erhöhtem Zeitdruck
- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Konzentrationsvermögen, Reaktionsvermögen, Flexibilität und Stresstoleranz
- komplexe Überwachungs- und Steuerungstätigkeiten

¹ ADL: Activities of daily living

- Nachtschicht, häufig wechselnde Arbeitszeiten
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Feinmotorik
- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Sprechvermögen.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wegen der stark variierenden Erkrankungsverlaufsformen mit individuell sehr unterschiedlich ausgeprägten Funktionsstörungen ist eine differenzierte Einschätzung des Leistungsvermögens im Hinblick auf die gegebenen Arbeitsplatzanforderungen erforderlich. Einer möglichen Verschlechterung der Symptomatik durch erneute Krankheitsschübe oder im Rahmen einer progredienten Verlaufsform ist bei der Beurteilung Rechnung zu tragen. Vorrangig ist zu prüfen, ob durch Hilfsmittel, Arbeitshilfen oder Gestaltung des Arbeitsplatzes ein Verbleiben am gleichen Arbeitsplatz oder im gleichen Berufsfeld möglich ist.

Bei behinderungsbedingt notwendigem Wechsel des Berufsfeldes ist anhand der Kenntnis des bisherigen Krankheitsverlaufs und der individuellen Leistungseinschränkungen zu klären, ob eine ausreichende körperliche und psychisch-mentale Belastbarkeit für qualifizierende Umschulungsmaßnahmen besteht, oder ob eine Eingliederung über kürzere Qualifikations- oder Reintegrationsmaßnahmen möglich ist.

Bei Vorliegen erheblicher Gangstörungen können im Einzelfall Leistungen der Kraftfahrzeughilfe erforderlich werden. Dabei ist zu beachten, dass neben motorischen und kognitiven Defiziten auch Sehstörungen vorliegen können, die die Fahrtauglichkeit z. T. erheblich einschränken. In diesen Fällen sollten Beförderungshilfen im Rahmen der Krafffahrzeughilfe in Erwägung gezogen werden.

Sehstörungen bei Versicherten mit E. d. können auf vielfältige Beeinträchtigungen in unterschiedlicher Kombination zurückzuführen sein, z. B. auf Visusminderung, Schwäche des Kontrast- und Farbsehens, Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder, Fixationsschwäche/Oszillopsie. Bei körperlicher Anstrengung oder Erhöhung der Körpertemperatur kann es u. a. zusätzlich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Sehvermögens kommen (sog. Uhthoff-Phänomen). Eine Kompensation durch spezifische Hilfsmittel, wie Bildschirme besonderer Größe, kann daher nicht regelhaft erwartet werden. Grundsätzlich sind vom Arbeitgeber gemäß der Bildschirmverordnung flimmerfreie Bildschirme zur Verfügung zu stellen. Sollte erkrankungsbedingt die übliche Bildschirmarbeitsplatzausstattung nicht ausreichen, kann eine Abklärung und Hilfsmittelberatung in einer geeigneten Berufsbildungs- bzw. Berufsförderungseinrichtung für Sehbehinderte sinnvoll sein.

Neben einer Erhöhung der Körperkerntemperatur bewirkt auch äußere Hitze bei vielen Betroffenen eine Verschlechterung der motorischen Funktionen bzw. der sensiblen Defizite (Uhthoff-Phänomen). Am Arbeitsplatz ist laut Arbeitsstättenverordnung durch den Arbeitgeber für ein gesundheitlich zuträgliches Raumklima zu sorgen, so dass üblicherweise keine Einschränkungen für den Betroffenen zu erwarten sind. Bei

beruflicher Neuorientierung sind Tätigkeitsbereiche bzw. Arbeitsplätze zu bevorzugen, die nicht mit Hitzearbeit einhergehen.

Nicht selten ist das Symptom einer abnormen Müdigkeit mit übermäßiger Erschöpfung (Fatigue), das unabhängig von körperlichen Belastungen auftreten kann. Tätigkeiten, bei denen der Arbeitsablauf variabel gestaltet werden kann und ggf. erforderliche Pausen eingelegt werden können, sind hier zu bevorzugen.

6.3 Epilepsie (ICD 10: G40) (Syn.: zerebrales Anfallsleiden)

Bei der Epilepsie handelt es sich um eine überdauernde Erkrankung unterschiedlicher Genese, die durch das wiederholte Auftreten von Anfällen gekennzeichnet ist. Diese gehen meist, jedoch nicht ausnahmslos, mit Bewusstseinsstörungen und/oder anderen anfallsartigen motorischen, sensiblen, sensorischen oder vegetativen Phänomenen einher.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, die - wenn erforderlich - durch (neuro-)psychologische und apparative (EEG, ggf. unter Einsatz von Provokations- bzw. Stimulationsmethoden) Zusatzuntersuchungen sowie eine arbeitspädagogische Einschätzung zu ergänzen ist. Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind von wesentlicher Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit beurteilen zu können:

- Anfallsbeschreibung (Art der Anfälle: Vorgefühle oder Auren vor dem Anfall; Bewusstsein, Willkürmotorik, Sturz, Verhalten im Anfall, Verhalten nach dem Anfall, Dauer des Anfalls, Ursache bzw. auslösende Faktoren, tageszeitliche Bindung)
- Verlauf der Erkrankung (Änderung oder Kombination der Anfallsarten, Anfallsfrequenz, psychische und körperliche Komorbidität, Verletzungsfolgen)
- Therapie: Medikation, epilepsie-chirurgische Intervention
- **Schädigungen der Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

allgemeine und besondere mentale Funktionen	z. B. passagere Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen, Antriebsstörungen, allgemeine intellektuelle Beeinträchtigung, emotionale Instabilität, Wesensänderung, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Affektlabilität, verlangsamtes Denken, mangelndes Abstraktionsvermögen, eingeschränkte kognitive Flexibilität, vermindertes Einsichtsvermögen
---	--

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

- Beeinträchtigungen der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Lernen und Wissensanwendung	z. B. Beeinträchtigung, Neues zu lernen und Probleme zu lösen, mangelnde Entscheidungsfähigkeit und Entschlusskraft
Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Feinmotorikstörungen mit Beeinträchtigungen beim Greifen, Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. Beeinträchtigung der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln

Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit sind sowohl die Art der Ausfälle im Anfall als auch die Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten und die Compliance des Betroffenen zu berücksichtigen. Insbesondere sind Informationen zu Bewusstsein, Motorik und Haltungskontrolle sowie Verhalten im und nach dem Anfall von Bedeutung. Erst wenn von einem stabilen Behandlungsstand ausgegangen werden kann, ist es sinnvoll, die mit den Anfällen in bestimmten Berufen oder Arbeitsplätzen einhergehenden Leistungseinschränkungen abzuschätzen.

Als Grundlage für die Leistungsbeurteilung können die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften herausgegebenen „Empfehlungen zur Verbesserung der beruflichen Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (BGI 585)“ herangezogen werden. Diese dienen primär der Eignungsbeurteilung eines Anfallskranken für eine aktuelle oder angestrebte berufliche Tätigkeit, indem die individuelle Anfalls-symptomatik in eine von fünf Gefährdungskategorien (siehe Tabelle 4 und Abbildung 3) eingeordnet wird.

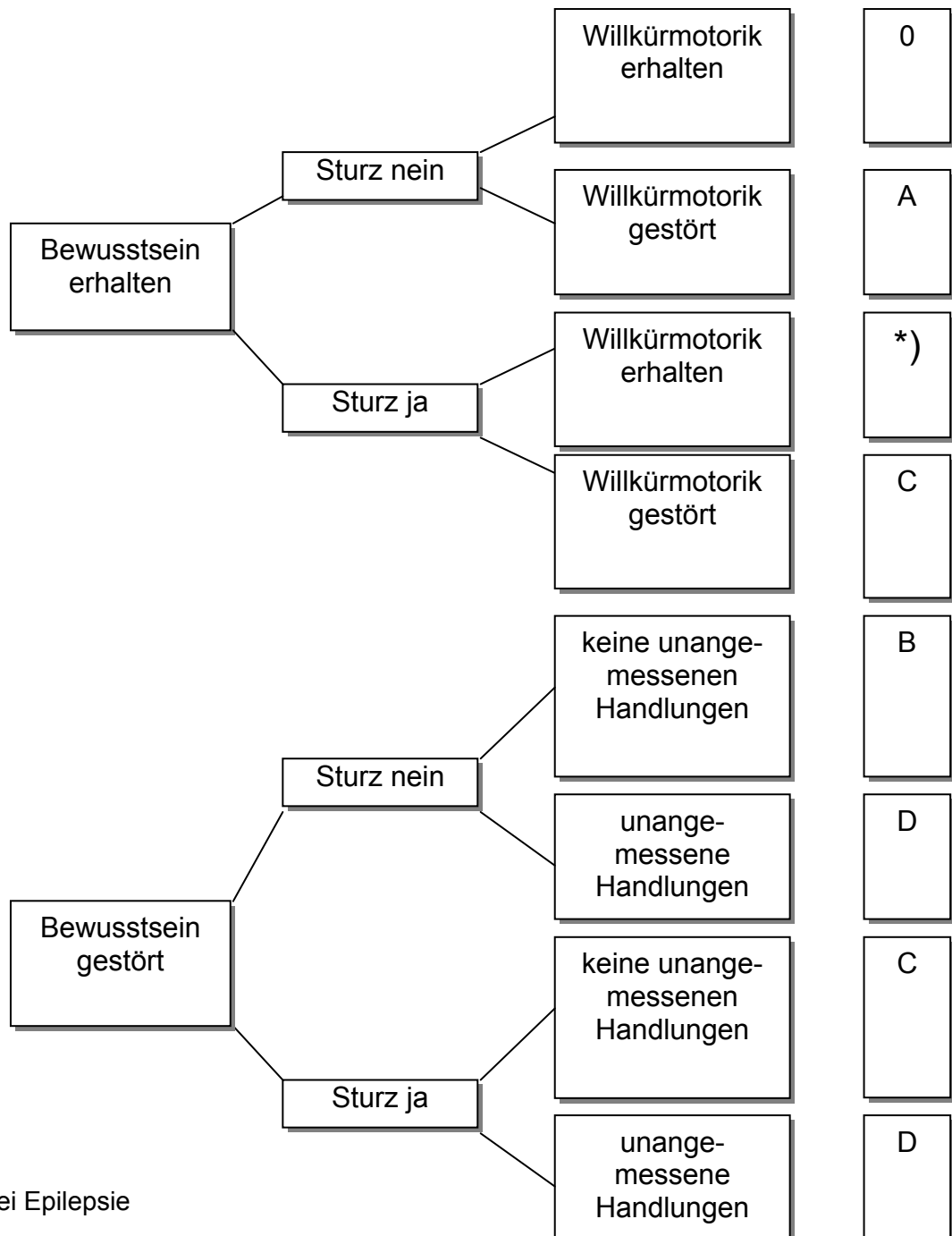
Tabelle 4: Gefährdungskategorien bei Epilepsie

„O“:	erhaltenes Bewusstsein, erhaltene Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit Kommentar: Anfälle ausschließlich mit Befindlichkeitsstörungen ohne arbeitsmedizinisch relevante Symptome; möglicherweise wird eine Handlung bewusst unterbrochen bis zum Ende der subjektiven Symptome
„A“:	Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewusstsein mit Haltungskontrolle Kommentar: Anfälle mit Zucken, Versteifen oder Erschlaffen einzelner Muskelgruppen
„B“:	Handlungsunterbrechung bei Bewusstseinsstörung mit Haltungskontrolle Kommentar: plötzliches Innehalten, allenfalls Minimalbewegungen ohne Handlungscharakter
„C“:	Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewusstseinsstörung bei Verlust der Haltungskontrolle Kommentar: plötzlicher Sturz ohne Schutzreflex, langsames In-sich-Zusammensinken, Taumeln und Sturz mit Abstützen
„D“:	unangemessene Handlungen bei Bewusstseinsstörungen mit/ohne Haltungskontrolle Kommentar: unkontrollierte komplexe Handlungen oder Bewegungen, meist ohne Situationsbezug
Quelle: Berufsgenossenschaftliche Informationen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, BGI 585	

Neben der Art der Anfälle muss auch die Anfallsfrequenz in die Beurteilung einbezogen werden:

- a) anfallsfrei
- b) maximal 2 Anfälle pro Jahr
- c) 3 bis 11 Anfälle pro Jahr
- d) 1 Anfall pro Monat und häufiger.

Abbildung 3: Einordnung in Gefährdungskategorien bei Epilepsie



*) nicht bei Epilepsie

Quelle: Berufsgenossenschaftliche Informationen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, BGI 585

Als anfallsfrei gelten Personen, die mindestens zwei Jahre unter pharmakologischer oder ein Jahr nach epilepsiechirurgischer Behandlung anfallsfrei geblieben sind, die mindestens drei Jahre ausschließlich schlafgebundene Anfälle, oder mindestens ein Jahr nur Anfälle der Gefährdungskategorie „0“ hatten.

Zusätzlich können sich neuropsychologische Störungen sowie psychische und körperliche Begleiterkrankungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben einschränkend auswirken. Kognitive Störungen, die oft als Teilleistungsstörungen (z. B. bezüglich Lernen und Gedächtnis, Aufmerksamkeitsfunktionen und kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit) in Erscheinung treten, können vorhanden und durchaus auch auf die antikonvulsive Medikation zurückzuführen oder maßgeblich dadurch beeinflusst sein. Intellektuelle Defizite können in jeglicher Ausprägung vorliegen. Diese sind ebenso wie die komorbid auftretenden psychischen Störungen (z. B. depressive Syndrome, Angststörungen, Psychosen) in die Leistungsbeurteilung einzubeziehen. Als körperliche Begleiterkrankungen sind vor allem motorische Funktionsstörungen (z. B. Paresen, Feinmotorikstörungen, dystone Mitbewegungen), die auf die neurologische Grunderkrankung, Verletzungsfolgen oder die Medikation zurückzuführen sind, zu berücksichtigen. Symptome wie ataktische Bewegungsstörungen, Tremor und Nystagmus können auch Folge einer Antiepileptika-Überdosierung sein und sollten entsprechend abgeklärt werden.

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale der Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. In der Regel können Personen mit Epilepsie in Abhängigkeit von der Ausprägung der körperlichen Funktionseinschränkungen körperlich leichte bis mittelschwere bis hin zu schweren Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) in allen Haltungsarten in Tagesschicht, Früh- und/oder Spätschicht ausüben.

Negatives Leistungsbild

Unter Berücksichtigung von Anfallsart, Häufigkeit und Dauer der Anfälle, Willkürmotorik, Verhalten im Anfall und Neigung zu anfallsbedingten Stürzen können epilepsiebedingte Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen (einschließlich psychischer Funktionen) unterschiedlich ausgeprägt sein und zu Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe führen, so dass bestimmten beruflichen Anforderungen nicht mehr oder nur bedingt entsprochen werden kann. Für folgende Tätigkeiten bei nicht anfallsfreien Personen können Einschränkungen bestehen:

- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr (z. B. durch drehende, ungeschützte Teile, gefährliche Spannungen, infektiöses Material)
- Berufskraftfahren, vorwiegende Reisetätigkeit

- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Konzentrationsvermögen, Reaktionsschnelligkeit, Flexibilität
- Steuer- und Überwachungstätigkeiten
- Tätigkeiten mit Aufsichtspflicht
- Nachtschicht bzw. Schichtsysteme, die Schlafentzug oder eine wesentliche Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingen (z. B. häufig wechselnde Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste)
- Tätigkeiten mit Atemschutzgeräten
- Tätigkeiten in Kälte
- Tätigkeiten auf dem Wasser, Schwimmen.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Grundsätzlich können Personen mit Epilepsie in einer Vielzahl von beruflichen Tätigkeiten ohne Selbst- oder Fremdgefährdung tätig sein. Die o. g. „Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie“ geben eine Orientierungshilfe, welche Einschränkungen sich durch die Anfälle in bestimmten Tätigkeitsfeldern ergeben. Funktionsstörungen, Anfallsmuster und ggf. bestehende Auslösemechanismen und Begleitstörungen stellen sich individuell jedoch sehr unterschiedlich dar, so dass eine differenzierte neurologische Einschätzung des Leistungsvermögens im Hinblick auf Anforderungen im Beruf und am ggf. noch bestehenden Arbeitsplatz notwendig ist. Durch technische Vorrichtungen und Schutzvorkehrungen (z. B. Abdeckung offener, rotierender Metallteile o. ä.) oder Änderung des Arbeitsrhythmus zur Vermeidung von Schlafdefiziten kann im individuellen Fall der Verbleib am bestehenden Arbeitsplatz erreicht werden. In Einzelfällen kann durch Arbeitsassistenz, d. h. durch Übernahme von nicht berufsprägenden Teilaufgaben, die dem Betroffenen wegen der Anfallserkrankung nicht mehr möglich sind, oder durch Umsetzen in einen weniger gefährdenden Arbeitsbereich die Tätigkeit im Berufsfeld erhalten werden.

Arbeit an Bildschirmgeräten ist in der Regel möglich. Nur bei einem sehr geringen Anteil der an Epilepsie Erkrankten - meist junge Erwachsene mit generalisierter Epilepsie, z. B. mit myoklonischen Anfällen (Impulsiv-petit-mal) - liegt eine so genannte fotosensible Epilepsie vor. Anfälle können bei diesen Betroffenen durch rhythmische Lichtreize ausgelöst werden. Die Auslösefrequenzen liegen am häufigsten zwischen 15 bis 25 Hz. Übliche Bildschirmgeräte haben eine Bildwechselfrequenz von über 50 Hz, in der Regel mindestens 73 Hz. Dies entspricht auch der Bildschirmarbeitsverordnung, in der so genannte flimmerfreie Bildschirme mit mindestens 73 Hz gefordert und mehr als 85 Hz Bildelementfolgefrequenz empfohlen werden. Bei Vorliegen von Fotosensibilität können z. B. beim Einschalten des Gerätes oder bei defektem Bildschirm Anfälle ausgelöst werden. Diese Gefährdung lässt sich durch Wegschauen oder Zuhalten eines Auges vermeiden. Im Einzelfall können auch spezielle Schutzbrillen indiziert sein.

Bereits nach einem erstmalig aufgetretenen Anfall oder einem Gelegenheitsanfall sind die Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen für eine bestimmte Beobachtungszeit, in der Anfallsfreiheit vorliegen muss, nicht erfüllt. Über die Einschätzung der Fahrtauglichkeit für die Führerscheingruppe 1 (z. B. Pkw, Motorrad) und die Gruppe 2 (z. B. Lkw, Personenbeförderung) informieren die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“. Ist die Nutzung eines Kraftfahrzeugs zum Erreichen des Arbeitsplatzes erforderlich, ist im Einzelfall zu überprüfen, ob durch einen Beförderungskostenzuschuss im Rahmen der Kraftfahrzeughilfe zumindest während der vorgeschriebenen Beobachtungszeit die Fahrten zur und von der Arbeit ermöglicht werden können. Bei Berufskraftfahrern werden höhere Anforderungen an die Dauer der anfallsfreien Beobachtungszeit gestellt. Hier wird eine anfallsfreie Zeit von sechs Monaten nach einem Gelegenheitsanfall bei Vermeiden der provozierenden Faktoren bzw. eine Anfallsfreiheit für die Dauer von zwei Jahren nach einem einmaligen Anfall vorausgesetzt. Nach zwei Anfallsereignissen ist die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 in der Regel ausgeschlossen, so dass eine berufliche Neuorientierung erforderlich wird.

Eine unzureichend behandelte Epilepsie sowie kognitive Beeinträchtigungen können sich bei beruflichen Reintegrationsbemühungen begrenzend auswirken. Bei behinderungsbedingt notwendigem Wechsel des Berufs ist daher zu prüfen, ob ausreichende Belastbarkeit für qualifizierte Schulungsmaßnahmen über einen Zeitraum von zwei Jahren vorliegt. Gegebenenfalls ist auch durch eine geeignete neurologische Rehabilitation - z. B. in spezialisierten epileptologischen Rehabilitationseinrichtungen -, eine medizinisch-berufliche Rehabilitation (z. B. Belastungserprobung der Phase II) oder längerfristige Trainingsmaßnahmen das Leistungsvermögen wesentlich zu verbessern oder wiederherzustellen.

6.4 Neuromuskuläre Erkrankungen

- **Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (ICD-10: G10 - 12)**
- **Polyneuropathien (ICD-10: G60 – 63)**
- **Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (ICD-10: G70 - 71)**
- **Folgezustände der Poliomyelitis (ICD-10: B91)**

Im vorliegenden Kapitel werden unterschiedliche neuromuskuläre Erkrankungen, die in der Rentenversicherung im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bedeutsam sind, zusammengefasst. Aus genetischer, pathophysiologischer, klinischer, therapeutischer und prognostischer Sicht sind diese Erkrankungen sehr heterogen, haben jedoch die motorische Funktionsbeeinträchtigung gemeinsam. Es handelt sich dabei um Systematrophien des Zentralnervensystems, hier vor allem um die Chorea Huntington (G10), die Formen der hereditären Ataxie (G11.x) und die Formen der spinalen Muskelatrophie (G12.x). Zu den spinalen Muskelatrophien des Erwachsenenalters zählen u. a. die hereditäre proximale Form (Kugelberg-Welander), die progressive distale Form (Aran-Duchenne), die progressive skapulohumerale Form (Vulpian-Bernardt) sowie die Motoneuronkrankheit (myatrophische Lateralsklerose oder auch amyotrophische Lateralsklerose, ALS), die mit einer Degeneration

des zweiten (peripheren) motorischen Neurons - also der motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarks - und der motorischen Hirnnervenkerne einhergeht.

Mit dem Begriff Polyneuropathie werden systemische entzündliche und degenerative Erkrankungen mehrerer peripherer Nerven oder von Nervenanteilen bezeichnet, die vielfältige Ursachen haben können (z. B. autoimmune Vorgänge, genetisch bedingte Störungen, toxische Einwirkungen, Stoffwechselanomalien, Infektionen). Man unterteilt die Polyneuropathien nach ihrer Ursache in hereditäre und idiopathische Neuropathien (G60), Polyneuritis (G61), zu der auch die Polyradikulitis Guillain-Barré (G61.0) zählt sowie in sonstige, meist toxisch verursachte Polyneuropathien (G62) wie die arzneimittelinduzierte, die Alkohol- oder die Critical-Illness-Polyneuropathie sowie Polyneuropathien bei anderen Erkrankungen wie z. B. bei Diabetes mellitus (G63.2).

Bei den Krankheiten der neuromuskulären Synapse handelt es sich hauptsächlich um die Myasthenia gravis (G70.0). Bei primären Myopathien (G71.x) liegen Läsionen im Bereich der motorischen Endplatten, Muskelfasern oder im Bindegewebe des Muskels vor. Zu ihnen zählen die Muskeldystrophien z. B. vom Typ Becker-Kiener, myotone Syndrome wie die Dystrophia myotonica (Curschmann-Batten-Steinert-Syndrom) sowie kongenitale und arzneimittelinduzierte Myotonieformen.

Bei der Poliomyelitis handelt es sich um eine virale Erkrankung, die die Vorderhornganglienzellen des Rückenmarks befällt und die bei nicht vollständiger Rückbildung als Folgezustand (B91) Paresen, Muskelatrophien und Kontrakturen hinterlassen bzw. bei Befall im Kindesalter auch zu einem Entwicklungsrückstand der entsprechenden Extremität führen kann. Wenn in seltenen Fällen Jahre nach der akuten Poliomyelitis progrediente Paresen auftreten, spricht man von einem „Postpolio-syndrom“.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Funktionseinschränkungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologischen Untersuchung, die ggf. durch internistische und orthopädische, im Einzelfall auch durch eine psychiatrische Zusatzdiagnostik zu ergänzen ist. Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind von wesentlicher Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit beurteilen zu können:

- Art der Erkrankung (Diagnosesicherung durch internistische, neurologische, neurophysiologische, ggf. serologische oder genetische Untersuchung und Muskelbiopsie)
- Verlauf der Erkrankung (Manifestationsalter, Ausprägungsgrad und Lokalisation von Paresen und/oder Dystrophien, Progredienz der Erkrankung)
- Mitbeteiligung oder Komplikationen anderer Organsysteme (Ateminsuffizienz, Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen, orthopädische Komplikationen)
- psychische Komorbidität: Anpassungsstörungen, Schwierigkeiten in der Krankheitsverarbeitung, dementielle Entwicklung

- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. Schwäche, spastische bzw. schlaffe Lähmungen, Koordinationsstörungen, Ataxie, Feinmotorikstörungen, Kontrakturen
sensorische Funktionen	z. B. Visusminderung, Doppelbilder, schmerzhafte Muskelkrämpfe, Sensibilitätsstörungen, Schmerzen
allgemeine mentale Funktionen	allgemeine intellektuelle Beeinträchtigung
Stimm- und Sprechfunktionen	z. B. Artikulationsstörungen
kardiovaskuläre Funktionen	z. B. Herzrhythmusstörungen
Funktionen des Atmungssystems	z. B. Ateminsuffizienz

- Beeinträchtigung der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition sowie beim Greifen, Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Gleichgewichtstörungen, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ²) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. In der Regel können körperlich leichte Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1), z. B. Handhaben und Bewegen von Gegenständen von weniger als 10 kg, vorwiegend im Sitzen in Tagesschicht ausgeübt werden.

Negatives Leistungsbild

Die aus der neuromuskulären Erkrankung resultierenden Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen können zu Beeinträchtigungen der folgenden erwerbsrelevanten Aktivitäten führen:

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

² ADL: Activities of daily living

- körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1)
- Zwangshaltungen
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr
- Berufskraftfahren
- vorwiegende Reise- oder Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten im Freien oder in Nässe, Kälte und/oder Zugluft
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Feinmotorik
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Sehvermögen und räumliches Sehen
- Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an das Reaktionsvermögen.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Aufgrund der individuell durch die jeweilige neuromuskuläre Erkrankung sehr unterschiedlich ausgeprägten Funktionsstörungen und der ggf. zusätzlich bestehenden internistischen und orthopädischen Komplikationen ist eine differenzierte interdisziplinäre Einschätzung des Leistungsvermögens im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit und die gegebenen Arbeitsplatzanforderungen notwendig. Da viele der Erkrankten gute Krankheitsverarbeitungsstrategien entwickelt haben und trotz des in der Regel progredienten Krankheitsverlaufs motiviert und intellektuell leistungsfähig sind, kann durch geeignete Arbeitsplatzausstattung sowie durch technische Hilfsmittel, Rollstuhlversorgung oder Beförderungshilfen im Rahmen der Kraftfahrzeughilfe die Erwerbsfähigkeit erhalten werden. Auch die Inanspruchnahme einer Arbeitsassistenz für nicht berufsprägende Tätigkeiten kann den längerfristigen Verbleib am noch vorhandenen Arbeitsplatz begünstigen. In Einzelfällen sind unter Berücksichtigung des Verlaufs und der Ausprägung der Erkrankung bei Antragstellung auch qualifizierte Umschulungen in Erwägung zu ziehen.

Bei deutlicher Progredienz der klinischen Symptomatik mit fortschreitenden Funktionsstörungen wie Ateminsuffizienz, intermittierender Beatmungsbedürftigkeit und weitgehender Abhängigkeit in der Selbstversorgung ist die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben soweit gemindert, dass der Rehabilitationsantrag in einen Rentenanspruch umgedeutet werden sollte.

6.5 Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen

- **Parkinsonsyndrome (ICD-10: G20 - G22)**
- **Dystonie (ICD-10: G24)**

Das extrapyramidale System hat einen wichtigen Einfluss auf den Ablauf motorischer Vorgänge. Es beeinflusst vor allem den harmonischen Ablauf, das Tempo und das optimale Zusammenspiel komplexer Bewegungen. Bedeutsam im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung sind die Parkinsonsyndrome unterschiedlicher Ursache (G20 - G22), sowie die Dystonien (G24). Parkinsonsyndrome sind durch ein sog. hypokinetisch-hypertones Krankheitsbild, d. h. durch verlangsamte Bewegungsabläufe (Brady- bzw. Akinese), Muskeltonuserhöhung (Rigor), und vorwiegenden Ruhetremor gekennzeichnet. Etwa 20 % der Betroffenen erkranken vor dem 50. Lebensjahr. Das mittlere Erkrankungsalter liegt jedoch bei 50 bis 60 Jahren. Die Parkinsonsyndrome verschiedener Ätiologie verlaufen mit Ausnahme der medikamentös induzierten Formen in der Regel progredient. Medikamentöse Behandlung und/oder operative Verfahren können die Symptomatik nicht immer dauerhaft positiv beeinflussen. Schwankungen im Ausprägungsgrad sind häufig und können auch von der Medikamenteneinnahme abhängen. Nebenwirkungen der Medikation (z. B. On-Off-Phänomene, Dyskinesien, psychotische Symptomatik) können die Leistungsfähigkeit zusätzlich reduzieren. Ob neuere Behandlungsverfahren wie die Implantation von hochfrequenten Neurostimulatoren („Hirnschrittmacher“) längerfristig den Verlauf der Erkrankung aufhalten, ist noch nicht geklärt.

Bei Dystonien kommt es zu einer Störung des unwillkürlichen Wechsels zwischen Muskelkontraktion und Muskelrelaxation. Charakteristisch sind zum einen unwillkürliche generalisierte Bewegungen, die z. B. eine Drehung von Gliedmaßen oder des Rumpfes (Torsionsdystonie) verursachen. Zum anderen manifestieren sich die meisten Dystonieformen im Erwachsenenalter als fokale und segmentale Bewegungsstörungen, die vor allem die Muskelgruppen des Kopfes, z. B. die Ringmuskulatur des Auges („Lidkrampf“/Blepharospasmus, ICD-10: G24.5), die Zungen-, Kau-, und Gesichtsmuskulatur („Mund-, Zungen-, Schlundkrampf“/oromandibuläre Dystonie), des Kehlkopfes („Stimmbandkrampf“/spasmodische Dysphonie), des Halses (z. B. „Schiefhals“/Torticollis spasticus, zervikale Dystonie) und die Muskelgruppen von Extremitäten (z. B. „Schreibkrampf“/Graphospasmus) betreffen. Viele der fokalen Dystonieformen können aktionsinduziert, d. h. bei bestimmten willkürlichen Bewegungen, die auch in unmittelbarem Zusammenhang mit der Berufsausübung stehen können, ausgelöst oder verstärkt werden. Es handelt sich dabei z. B. um die Munddystonie („Lippenkrampf“ oder „Ansatzdystonie“) vor allem bei Blechbläsern oder die spasmodische Dysphonie bei Sängern oder anderen Sprechberufen (z. B. Lehrer, Schauspieler). Finger- und Handdystonien kommen bei Berufen mit komplizierten, lang geübten, zeitlich und räumlich sehr präzisen Bewegungsabläufen vor (z. B. als „Schreibkrampf“, „Pianistenkrampf“, „Violinistenkrampf“). In vielen Fällen kann durch eine lokale Botulinum-Toxin-Injektion die dystone Symptomatik vorübergehend reduziert werden.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Funktionseinschränkungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologischen Untersuchung, die ggf. durch orthopädische, im Einzelfall auch durch eine psychiatrische Zu-

satzdiagnostik zu ergänzen ist. Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind von wesentlicher Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit beurteilen zu können:

- Verlauf der Erkrankung: Manifestationsalter, Ausprägungsgrad und Lokalisation sowie ggf. Auslöser der Bewegungsstörungen, Progredienz der Erkrankung
- körperliche Komorbidität, bei Parkinsonsyndrom insbesondere: Magen-Darm-Störungen, vegetative Störungen wie erhöhte Schweißneigung, Kreislaufregulationsstörungen, Blasenfunktionsstörungen/Inkontinenz, Verletzungsfolgen nach Stürzen; bei Dystonien insbesondere: Gelenkfehlstellungen, Kontrakturen
- psychische Komorbidität, insbesondere bei Parkinsonsyndromen: kognitive Verlangsamung (Bradyphrenie), depressive Syndrome, dementielle Entwicklung
- Therapie: Medikamentöse Behandlung, Nebenwirkungen wie Dyskinesie, On-Off-Phänomen, medikamentös induzierte Psychose, stereotaktische Operation (z. B. Thalamotomie, STN = Stimulation des Nucleus subthalamicus), Botulinum-Toxin-Injektion
- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. Muskeltonuserhöhung, verlangsamte Bewegungsabläufe, unwillkürliche Bewegungen, Gleichgewichtsstörungen, Feinmotorikstörungen, Kontrakturen
sensorische Funktionen	z. B. schmerzhafte Muskelkrämpfe, Sehstörungen
allgemeine mentale Funktionen	allgemeine intellektuelle Beeinträchtigung
Stimm- und Sprechfunktionen	z. B. Artikulationsstörungen, Beeinträchtigung von Redefluss und Rhythmus des Sprechens, Stimmbildungsstörung
Funktion der Harnausscheidung	z. B. Inkontinenz
Funktionen des Verdauungssystems	z. B. Schluckstörung, Speichelfluss, Störung der Darmmotilität, Brechreiz, Übelkeit
Funktionen des kardiovaskulären Systems	z. B. Kreislaufregulationsstörungen
Funktionen der Haut	z. B. erhöhte Schweißneigung

- Beeinträchtigung der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition und beim Greifen, Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen, bei feinmotorischen Anforderungen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Gleichgewichtsstörungen, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
Kommunikation	z. B. Beeinträchtigung in der Produktion von mündlichen oder schriftlichen Mitteilungen

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ¹) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme
------------------	--

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale hinsichtlich Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Bei vielen Erkrankungsformen bzw. bei entsprechender Symptomausprägung ist durchaus mittelschweres oder schweres Arbeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) möglich (z. B. bei Dysphonie, Graphospasmus). Bei schwererem Ausprägungsgrad können meist nur noch körperlich leichte Tätigkeiten (z. B. Handhaben und Tragen von Gegenständen von weniger als 10 kg) vorwiegend im Sitzen in Tagesschicht ausgeübt werden.

Negatives Leistungsbild

Die mit der extrapyramidalen Erkrankung verbundenen Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen können zu erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe führen, so dass folgenden Anforderungen je nach Schwerpunkt der Symptomatik im Wesentlichen nicht mehr entsprochen werden kann:

- körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1)
- Zwangshaltungen
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr
- Berufskraftfahren
- vorwiegende Reise- oder Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten im Freien oder in Nässe, Kälte und/oder Zugluft
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an Feinmotorik
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Sehvermögen und räumliches Sehen
- Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an das Reaktionsvermögen
- Tätigkeiten mit Publikumsverkehr und Anforderungen an Kommunikationsfähigkeit.

¹ ADL: Activities of daily living

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Parkinsonsyndrome können bereits im jungen Erwachsenenalter in Erscheinung treten und dann einen langsameren Verlauf nehmen. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist in der Regel unbeeinträchtigt, es können jedoch durch verlangsamte Denk- und Reaktionsabläufe qualitative Leistungseinschränkungen bestehen, die bei der Leistungsbeurteilung zu berücksichtigen sind. Fluktuationen der Symptomatik durch die Medikamenteneinnahme (z. B. End-of-dose-Akinesien, Wearing-off, On-Off-Phänomene und dyskinetische Nebenwirkungen) ist ebenso Rechnung zu tragen. Durch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung können oft Verbesserungen der Beweglichkeit, der Haltungskontrolle und des Gleichgewichts sowie der medikamentösen Einstellung erreicht werden, die die berufliche Leistungsfähigkeit steigern. Durch eine geeignete Arbeitsplatzausstattung und Einsatz technischer Hilfsmittel kann der Verbleib am alten Arbeitsplatz oder in einem geeigneten Berufsfeld in vielen Fällen erreicht werden.

Die Mobilität zur Erreichung des Arbeitsplatzes kann eingeschränkt sein. Da die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen sowohl durch die motorischen Beeinträchtigungen als auch durch kognitive Störungen wie verminderte Reaktionsfähigkeit gemindert sein kann, ist zu prüfen, ob durch Beförderungshilfen eine Kompensation möglich ist. Für das Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 besteht laut Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung bei extrapyramidalen Erkrankungen in der Regel keine ausreichende Eignung.

Dystoniesyndrome machen wegen ihrer sehr variablen Erscheinungsform eine differenzierte Beurteilung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit erforderlich. Generalisierte Dystonien wie die Torsionsdystonie lassen häufig selbst leichte Arbeiten im Sitzen aufgrund der unwillkürlichen Dreh- oder Beugebewegungen des Rumpfes nicht mehr zu. Auch bei Vorliegen eines rotatorischen Torticollis oder Retrocollis ist die Ausübung ganz unterschiedlicher Tätigkeiten wie z. B. Überwachungs- und Steuerungstätigkeiten, Führen eines Kraftfahrzeugs oder Tätigkeiten mit Publikumsverkehr wegen der unwillkürlichen Kopfwendebewegungen zur Seite oder nach hinten eingeschränkt.

Durch einen Blepharospasmus kann eine funktionelle Blindheit durch das unwillkürliche Zukneifen der Augenlider bestehen. Hier sind vorrangig medizinisch-therapeutische Behandlungen auszuschöpfen, um die berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen.

Durch einen Graphospasmus kann das Verfassen längerer schriftlicher Mitteilungen beeinträchtigt sein. In manchen Fällen ist auch das Setzen einer Unterschrift nicht mehr möglich. Der Einsatz technischer Hilfsmittel kann sich hier in einigen Fällen positiv auswirken. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die Bewegungsstörung oft nicht nur beim Schreiben einstellt, sondern auch beim Halten von Stiften und Werkzeugen sowie beim Bedienen einer Tastatur. Das Umtrainieren auf die zunächst nicht betroffene Hand ist nicht immer sinnvoll, da sich die Symptomatik häufig auf diese Seite ausbreitet.

Berufsbezogene Dystonien können z. B. bei Musikern auftreten (s. o.). In Einzelfällen kann durch eine Veränderung der Spieltechnik die berufliche Leistungsfähigkeit wieder hergestellt werden. Die zuvor gewohnte Qualität wird jedoch oft nicht mehr erreicht, so dass ein Wechsel in einen anderen Berufszweig, der die Vorkenntnisse des Betroffenen möglichst umfassend berücksichtigen soll, erforderlich wird.

6.6 Traumatische und andere Läsionen des Nervensystems

- **Schädel-Hirntrauma (ICD-10: S06.x)**
- **Verletzungen der Nerven und des Rückenmarks (ICD-10: S14.x, S24.x, S34.x)**
- **Plexus-Läsionen (ICD-10: G54.x)**
- **Periphere Nervenläsionen (ICD-10: G56.x, G57.x)**

In diesem Kapitel werden Schädigungen des zentralen und des peripheren Nervensystems zusammengefasst, die oft, aber nicht ausschließlich eine traumatische Ursache im Sinne eines Unfalls haben. Zu den Verletzungen des Zentralnervensystems (ZNS) zählen die intrakraniellen Verletzungen (Schädel-Hirn-Traumata, nach ICD-10: S06) und die spinalen Läsionen (S14, S24, S34). Je nach Ausprägung und Lokalisation der Schädigung können daraus Querschnittslähmungen (Paraparesen oder -plegien bzw. Tetraparesen oder -plegien) resultieren, die unter ICD-10: G82 verschlüsselt werden. Nichttraumatische Ursachen für Querschnittsyndrome können beispielsweise Bandscheibenvorfälle, Tumore, Durchblutungsstörungen, Entzündungen und Strahlenschäden sein.

Von den traumatischen Läsionen des peripheren Nervensystems sind für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung vor allem die Arm-Plexus-Läsionen (G54.0) von Bedeutung. Andere periphere Nervenschädigungen wie z. B. die der Nervi ulnaris, radialis, medianus oder peronaeus treten oft in Folge von Knochenbrüchen auf oder als sog. Beschäftigungsneuropathien in bestimmten Berufen oder Tätigkeitsfeldern. Die daraus resultierenden Funktionsstörungen wie Lähmungen und Sensibilitätsstörungen entsprechen dem Versorgungsbereich des betroffenen Nerven. Einschränkungen der Bewegungsfunktionen der oberen bzw. unteren Extremität sind die Folge. Sie können oft durch technische Hilfsmittel kompensiert werden. Auf die Ausführungen im Anhang 7.5 darf an dieser Stelle verwiesen werden.

Bei Vorliegen von Unfallfolgen ist zu klären, ob der Unfall als Arbeits- oder Wegeunfall anerkannt ist. Auch in Fällen, in denen eine Nervenschädigung auf bestimmte einseitige berufsbedingte Bewegungsausführungen oder Belastungen zurückzuführen ist, muss geprüft werden, ob die gesetzliche Unfallversicherung als Leistungsträger zuständig ist.

6.6.1 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Schädel-Hirntraumata gehen meist mit multilokulären bis diffusen Schädigungen des Gehirns einher. Daraus resultieren individuell sehr unterschiedlich ausgeprägte Funktionsstörungen, die häufig stärker in kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen liegen als im motorischen Bereich. Ggf. bestehende weitere Unfallfolgen im Bereich

des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder der inneren Organe sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, die ggf. durch zusätzliche neuropsychologische, orthopädische oder internistische Diagnostik zu ergänzen ist.

Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind von wesentlicher Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit beurteilen zu können:

- Zeitpunkt der Verletzung, Schweregrad des SHT, Lokalisation und Ausmaß der Hirnschädigung
- posttraumatischer Verlauf inkl. Komplikationen und Begleiterkrankungen: begleitende Traumata innerer Organe oder der Bewegungsorgane, posttraumatische kardiopulmonale Komplikationen, Infektionen, zerebrale Anfälle, Früh- und Spätkomplikationen wie epidurale, subdurale oder intrazerebrale Blutungen, Hypoxie, Hirnödeme, Gefäßspasmen, Abszesse, Liquorfisteln, posttraumatische Zephalgien mit möglichem Analgetika-Abusus
- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. Lähmungen, Koordinationsstörungen, Ataxie, Feinmotorikstörungen, Dysarthrie, Kontrakturen
sensorische Funktionen	z. B. Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder; Störungen des Hörvermögens, des Lage- und Gleichgewichtssinns, Ohrgeräusche, Schwindel; Störungen des Geschmacks- und Geruchssinns; Störungen des Tastsinns, der Oberflächen- und Tiefensensibilität, Schmerzen
allgemeine und besondere mentale Funktionen	z. B. Orientierungs- und Antriebsstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Intelligenzminderung, emotionale Instabilität, Wesensänderung, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit, Affektlabilität, verlangsamtes Denken, mangelndes Abstraktions- und Problemlösungsvermögen; Verminderung von kognitiver Flexibilität, Einsichtsfähigkeit und Urteilsvermögen; Aphasie, Apraxie, Neglect
Funktionen der Harnausscheidung	z. B. Kontinenzstörungen

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

- Beeinträchtigung der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition und beim Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
interpersonelle Aktivitäten	z. B. Beeinträchtigung der Fähigkeit, in sozialen Situationen auf Kritik, Hinweise etc. adäquat zu reagieren; eingeschränkte Fähigkeit, Emotionen, Affekte und Impulse zu regulieren
Lernen und Wissensanwendung	z. B. Beeinträchtigung, Neues zu lernen und Probleme zu lösen, mangelnde Entscheidungsfähigkeit und Entschlusskraft
Kommunikation	z. B. Beeinträchtigung des Verständnisses für gesprochene und/oder schriftliche Mitteilungen, in der Produktion von Mitteilungen oder bei der Nutzung von Kommunikationsgeräten
Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ¹) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale in Hinblick auf die Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. In der Regel sind leichte oder leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) in Tagesschicht möglich. Bei ausgeprägteren motorischen Beeinträchtigungen können nur noch vorwiegend sitzende Tätigkeiten ausgeübt werden. Ansonsten sind alle Haltungsarten im Wechsel zumutbar.

Negatives Leistungsbild

Die resultierenden Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen können zu erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe führen, so dass folgenden Anforderungen im Wesentlichen nicht mehr entsprochen werden kann:

- mittelschweren oder schweren Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1)
- Arbeiten auf Leitern und Gerüsten
- Tätigkeiten mit erhöhter Unfall- und Verletzungsgefahr

¹ ADL: Activities of daily living

- Berufskraftfahren
- vorwiegende Reisetätigkeit bzw. Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten mit vorwiegendem Publikumsverkehr
- Tätigkeiten unter erhöhtem Zeitdruck
- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen, Ausdauer, Umstellungs- und Anpassungsvermögen
- erhöhte Verantwortung für Personen und Maschinen
- Nachtschicht
- häufig wechselnde Arbeitszeiten
- Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Feinmotorik.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eine differenzierte neurologische und neuropsychologische Einschätzung des Leistungsvermögens ist im Hinblick auf die gegebenen Anforderungen im Tätigkeitsfeld und am ggf. noch vorhandenen Arbeitsplatz notwendig. Vor dem Einleiten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte geprüft werden, ob durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer geeigneten neurologischen Rehabilitationseinrichtung eine Verbesserung der motorischen und/oder kognitiven Leistungsfähigkeit erreicht werden kann.

Im Rahmen einer medizinisch-beruflichen Belastungserprobung in speziellen Einrichtungen der Phase II besteht die Möglichkeit, das Leistungsvermögen und die im Berufsleben erforderlichen Grundvoraussetzungen und Kompetenzen zu erproben, zu trainieren und zu steigern. Im Einzelfall kann anschließend durch längerfristige Trainingsmaßnahmen z. B. in spezifischen beruflichen Trainingszentren das Leistungsvermögen erwerbsrelevant angehoben oder wiederhergestellt werden.

In vielen Fällen ist eine berufliche Eingliederung am ggf. noch vorhandenen Arbeitsplatz möglich, wenn durch technische Hilfsmittel oder eine geeignete Arbeitsplatzgestaltung behinderungsbedingte Funktionsstörungen kompensiert werden können. Durch Leistungen an den Arbeitgeber in Form von Eingliederungszuschüssen kann eine erforderliche Einarbeitung zum Aneignen der beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten unterstützt werden. Auch durch Maßnahmen der beruflichen Anpassung können berufliches Wissen angeeignet bzw. eingetretene Lücken im beruflichen Wissen geschlossen werden.

Ist aufgrund der Leistungseinschränkungen ein Verbleib im alten Berufsfeld nicht mehr möglich, ist kritisch zu prüfen, ob eine ausreichende psychomentele und kör-

perliche Belastbarkeit für längerfristige qualifizierende Maßnahmen der Aus-, Fort- oder Weiterbildung in einem geeigneten Berufsbild besteht. Wenn Qualifizierungsmaßnahmen nicht indiziert sind, kommen möglicherweise Anpassungsmaßnahmen ggf. mit Teilqualifikation in Frage.

Durch eine eingehende nervenärztliche Untersuchung, in der Regel mit neuropsychologischer Zusatzuntersuchung, kann geklärt werden, ob die Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen erfüllt werden können. Ist dies nicht der Fall, kommen Leistungen der Kraftfahrzeughilfe wie z. B. Zuschüsse zu Beförderungskosten in Betracht, sofern die Wegefähigkeit eingeschränkt und zum Erreichen des Arbeitsplatzes die Benutzung eines Kraftfahrzeugs erforderlich ist.

6.6.2 Traumatische und andere spinale Läsionen

Querschnittlähmungen können Folge einer durch Verletzung, angeborene Fehlbildung, Durchblutungsstörung, Tumor, Entzündung u. ä. hervorgerufenen Funktionsunterbrechung des Rückenmarks sein. Das klinisch häufigste Syndrom einer Rückenmarkläsion ist das Querschnittssyndrom mit kompletter bzw. inkompletter zentraler Lähmung unterhalb der Läsion, gestörter Oberflächen- und Tiefensensibilität sowie Blasen- und Mastdarmstörungen. Je nach Lokalisation der Rückenmarkschädigung und der jeweiligen Höhenzuordnung ergeben sich aber auch verschiedene andere Rückenmarksyndrome mit unterschiedlichen Funktionsstörungen und Symptomen (z. B. Hinterstrangsyndrom mit Herabsetzung der Berührungsempfindung und des Vibrationsempfindens, zentromedulläres Rückenmarksyndrom mit spastischer Lähmung und dissoziierter Sensibilitätsstörung, spinales Halbseitensyndrom wie das Brown-Séquard-Syndrom mit ipsilateraler spastischer Lähmung und Störung des Berührungs-, Vibrations- und Lageempfindens sowie kontralateraler dissoziierter Sensibilitätsstörung).

Wichtige Angaben und Befunde

Die Erhebung und Beurteilung der trotz individueller Ressourcen fortbestehenden Beeinträchtigungen erfolgt auf der Grundlage einer neurologischen Untersuchung, die ggf. durch zusätzliche orthopädische oder urologische Diagnostik zu ergänzen ist. Folgende Befunde und Angaben aus den medizinischen Unterlagen sind von besonderer Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit beurteilen zu können:

- Schweregrad und Höhe der spinalen Läsion, Zeitpunkt der Verletzung
- Verlauf der Erkrankung: begleitende Traumata, Infektionen, Notwendigkeit einer spasmolytischen Medikation mit möglicher kraftmindernder und sedierender Komponente
- Komplikationen und begleitende Erkrankungen: Myositis ossificans, Harnwegsinfektionen, Nierenfunktionsstörungen, trophische Störungen, Dekubitalulzera, Blutdruckregulationsstörungen, Temperaturregulationsstörungen

- Schädigungen der **Körperfunktionen** entsprechend der ICF¹ in den Bereichen:

bewegungsbezogene Funktionen	z. B. Schwäche, spastische bzw. schlaffe Lähmungen, Koordinationsstörungen, Ataxie, Feinmotorikstörungen, Kontrakturen, heterotope Ossifikationen
sensorische Funktionen	z. B. schmerzhafte Muskelkrämpfe, Oberflächen- und Tiefensensibilitätsstörungen, Schmerzen
Funktionen des kardiovaskulären und Atmungssystems	z. B. Blutdruckregulationsstörungen, Ateminsuffizienz
Funktionen des Verdauungssystems und der Harnausscheidung	z. B. Kontinenzstörungen, Nierenfunktionsstörungen
andere Funktionen	Temperaturregulationsstörungen, trophische Störungen

- Beeinträchtigung der **Aktivitäten** entsprechend der ICF in den Bereichen:

Bewegungsaktivitäten und Handhabung von Gegenständen	z. B. Beeinträchtigung beim Wechsel der Körperposition sowie beim Greifen, Tragen, Heben, Bewegen und Handhaben von Gegenständen
Fortbewegung	z. B. verminderte Gehstrecke, Gleichgewichtsstörungen, Beeinträchtigung des Treppensteigens und der selbständigen Nutzung von Transport- und Fortbewegungsmitteln
Selbstversorgung	z. B. mangelnde Selbständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL ²) wie Ankleiden, Toilettengang, Hygiene, Nahrungsaufnahme

Positives Leistungsbild

Das positive Leistungsbild beschreibt die zumutbaren qualitativen und quantitativen Leistungsmerkmale in Hinblick auf Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation. Bei Erhalt der Funktionen der oberen Extremitäten und des Rumpfes sind hinsichtlich der Arbeitsschwere nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1) in der Regel leichte Tätigkeiten überwiegend bis ständig im Sitzen zumutbar.

Negatives Leistungsbild

Unter Berücksichtigung von zeitlichem Verlauf, Ausmaß und individuellem Schädigungsmuster der Rückenmarkläsion kann eine unterschiedlich starke Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe festgestellt werden, so dass folgenden Anforderungen häufig nicht mehr entsprochen werden kann:

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

² ADL: Activities of daily living

- leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nach der REFA-Klassifizierung (siehe Anhang 7.1)
- Berufskraftfahren
- Reisetätigkeit/Außendiensttätigkeit
- Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Feinmotorik bei Funktionsstörungen der oberen Extremitäten
- Zwangshaltungen
- Tätigkeiten in Nässe, Kälte, Hitze
- Tätigkeiten mit Absturz- und erhöhter Verletzungsgefahr.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Funktionsstörungen bei Rückenmarkschädigungen unterscheiden sich je nach Höhe und Umfang der Läsion. Eine differenzierte neurologische Einschätzung des Leistungsvermögens im Hinblick auf die Anforderungen im beruflichen Tätigkeitsfeld oder die gegebenen Arbeitsplatzbedingungen ist daher notwendig. Durch neurologisch-orthopädische Rehabilitation in spezialisierten Abteilungen oder Querschnittszentren bzw. durch medizinisch-berufliche Rehabilitation (z. B. Belastungserprobung der Phase II) kann im Einzelfall das Leistungsvermögen erwerbsrelevant angehoben oder wiederhergestellt werden.

Je nach Höhe der spinalen Läsion und verbliebener selbständiger Bewegungsfähigkeit können sich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und erhöhtes Risiko zur Dekubitalulkusbildung bei längerem Sitzen sowie rezidivierende Infekte begrenzend auf berufliche Reintegrationsbemühungen auswirken. Wenn Belastbarkeit für die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit an einem entsprechend ausgerüsteten Arbeitsplatz besteht, kann auch durch Hilfen nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung die Wiedereingliederung in einem geeigneten Berufsfeld erreicht werden.

Bei Schädigungen des oberen Halsmarks besteht neben einer Tetraparese eine Ateminsuffizienz aufgrund der gelähmten Atemmuskulatur. Das Leistungsvermögen ist in diesen Fällen aufgehoben.

Bei Läsionen in Höhe C5 - C8 ist das Atmen durch Ausfall der Interkostalmuskulatur eingeschränkt. Ventilationsstörungen können zu einer erhöhten Pneumoniegefährdung führen. Schultern, Ober- und Unterarme können nur eingeschränkt eingesetzt werden. Dies kann im Einzelfall durch technische Hilfsmittel, Arbeitsplatzausstattung und ggf. Arbeitsassistenz kompensiert werden. Bei eingeschränkter Rumpfstabilität kann die Arbeitsplatzausstattung auch die Versorgung mit einem speziellen (Roll-) Stuhl umfassen, bei dem auf eine ausreichende Abstützung im Sitzen durch entsprechende Rücken- und Armlehnen, ggf. auch Kopfstütze, zu achten ist.

Ist das Brustmark geschädigt, besteht in der Regel eine Paraparese der Beine bei funktionsfähigen oberen Extremitäten. Bei Läsionen oberhalb Th 9 - 10 muss zusätzlich mit zentralen Temperaturregulationsstörungen gerechnet werden. Um eine Hyperthermie bei äußerer Erwärmung zu vermeiden, sollte auf eine temperierte Arbeitsumgebung geachtet werden.

Bei Lendenmarkläsionen sind die Bewegungseinschränkungen der unteren Extremitäten weniger stark ausgeprägt, so dass oft auch ein zeitweiliges Gehen oder Stehen - u. U. mit Gehhilfen - möglich ist. Durch Arbeitsplatz- und Hilfsmittelausstattung sowie Beförderungshilfen kann oft ein Verbleiben am alten Arbeitsplatz ermöglicht werden.

Bei behinderungsbedingt notwendigem Wechsel des Berufs ist zu prüfen, ob eine ausreichende Belastbarkeit für qualifizierende Schulungsmaßnahmen vorliegt. Eine weitgehende Unabhängigkeit in dem Bereich der Selbstversorgung sollte hierfür bestehen.

7 Anhang

7.1 REFA-Klassifizierung Arbeitsschwere

Körperliche Arbeitsschwere nach REFA

Bei der Bewertung der körperlichen Arbeitsschwere orientieren sich die Sozialleistungsträger an der REFA-Tabelle. Grad I, II und III implizieren auch Tätigkeiten des nächsthöheren Schweregrades in einem zeitlichen Umfang von "gelegentlich", d. h. bis zu fünf Prozent der Arbeitszeit oder zweimal pro Stunde.

In der Kategorie "leichte bis mittelschwere Arbeit" ist der Anteil mittelschwerer Arbeit auf höchstens 50 % begrenzt.

Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA

leicht	Grad I	Leichte Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkzeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen, auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen
mittel-schwer	Grad II	Mittelschwere Arbeiten wie Handhaben 1 bis 3 kg schwerkgehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von etwa 10 bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern Ferner: leichte Arbeiten entsprechend Grad I mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen
schwer	Grad III	Schwere Arbeiten wie Tragen von etwa 20 bis 30 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken Ferner: Mittelschwere Arbeiten entsprechend Grad II in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse) = 7 Stunden
schwerst	Grad IV	Schwerste Arbeiten wie Heben und Tragen von Lasten über 50 kg oder Steigen unter schwerer Last, vorwiegender Gebrauch schwerster Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben Ferner: Schwere Arbeiten entsprechend Grad III in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung Höchstmögliche Beanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse) = 6 Stunden

Ergänzender Hinweis: Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

7.2 Klassifizierung von Arbeitshaltung und -organisation

Arbeitshaltung

Die vorgegebenen Zeitkategorien zur Arbeitshaltung definieren den für jede Arbeitshaltung zumutbaren maximalen Zeitrahmen, aus denen sich dann auch folgerichtig die im Einzelfall erforderlichen Haltungswechsel ergeben.

Die folgenden Zeitkategorien gelten im Kontext sozialmedizinischer Bewertungen für alle quantitativen Leistungsmerkmale und sind daher immer - auch im Rahmen nicht standardisierter Stellungnahmen - im Sinne der nachfolgend genannten Definitionen zu benutzen:

ständig:	91 - 100 % der Arbeitszeit oder mehr als 12-mal pro Stunde
überwiegend:	51 - 90 % der Arbeitszeit
zeitweise:	ca. 10 % der Arbeitszeit
gelegentlich:	ca. 5 % der Arbeitszeit.

Arbeitsorganisation

Mit den drei unten genannten Schichtarten ist die in der Arbeitswelt vorkommende Vielzahl der Organisationsformen (Schichtregime) nicht differenziert genug abgebildet. Falls bestimmte Organisationsformen aus ärztlicher Sicht nicht zugemutet werden dürfen, müssen diese in der "Beschreibung des Leistungsbildes" genannt werden.

Tagesschicht:	Innerhalb eines Zeitrahmens von 6 bis 18 Uhr. Sie wird auch als Normalschicht bezeichnet.
Früh-/Spätschicht:	Zwei-Schichtsystem mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage, dabei ist ungünstiger Schichtwechsel möglich. Die oft gebrauchte "Schichtarbeit" ist kein einheitlicher Begriff, ihre Bedeutung hängt von der jeweiligen Abweichung zur Tagesschicht ab.
Nachtschicht:	Meist im Ein- oder Dreischichtsystem.

7.3 Kurtzke-Skala, EDSS

Leistungsskala

[Nach Kurtzke J.F.: Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology (1983), 33, 1444-1452]

Die Angaben der Grade beziehen sich auf die Untersuchung der funktionellen Systeme (FS)

- 0.0 - normale neurologische Untersuchung (Grad 0 in allen funktionellen Systemen).
- 1.0 - keine Behinderung, minimale Abnormität in einem funktionellen System (d. h. Grad 1).
- 1.5 - keine Behinderung, minimale Abnormität in mehr als einem FS* (mehr als einmal Grad 1).
- 2.0 - minimale Behinderung in einem FS (ein FS Grad 2, andere 0 oder 1).
- 2.5 - minimale Behinderung in zwei FS (zwei FS Grad 2, andere 0 oder 1).
- 3.0 - mäßiggradige Behinderung in einem FS (ein FS Grad 3, andere 0 oder 1) oder leichte Behinderung in drei oder vier FS (3 oder 4 FS Grad 2, andere 0 oder 1), aber voll gehfähig.
- 3.5 - voll gehfähig, aber mit mäßiger Behinderung in einem FS (Grad 3) und ein oder zwei FS Grad 2; oder zwei FS Grad 3; oder fünf FS Grad 2 (andere 0 oder 1).
- 4.0 - gehfähig ohne Hilfe und Rast für mindestens 500 m. Aktiv während ca. 12 Stunden pro Tag trotz relativ schwerer Behinderung (ein FS Grad 4, übrige 0 oder 1).
- 4.5 - gehfähig ohne Hilfe und Rast für mindestens 300 m. Ganztägig arbeitsfähig. Gewisse Einschränkung der Aktivität, benötigt minimale Hilfe, relativ schwere Behinderung (ein FS Grad 4, übrige 0 oder 1).
- 5.0 - gehfähig ohne Hilfe und Rast für etwa 200 m. Behinderung schwer genug, um tägliche Aktivität zu beeinträchtigen (z. B. ganztägig zu arbeiten ohne besondere Vorkehrungen). Ein FS Grad 5, übrige 0 oder 1; oder Kombination niedrigerer Grade, die aber über die für Stufe 4.0 geltenden Angaben hinausgehen.
- 5.5 - gehfähig ohne Hilfe und Rast für etwa 100 m. Behinderung schwer genug, um normale tägliche Aktivität zu verunmöglichen (FS-Äquivalente wie Stufe 5.0).
- 6.0 - bedarf intermittierend, oder auf einer Seite konstant, der Unterstützung (Krücke, Stock, Schiene) um etwa 100 m ohne Rast zu gehen. FS-Äquivalente: Kombinationen von mehr als zwei FS Grad 3 plus.
- 6.5 - benötigt konstant beidseits Hilfsmittel (Krücke, Stock, Schiene), um etwa 20 m ohne Rast zu gehen (FS-Äquivalente wie 6.0).
- 7.0 - unfähig, selbst mit Hilfe, mehr als 5 m zu gehen. Weitgehend an den Rollstuhl gebunden. Bewegt den Rollstuhl selbst und transferiert ohne Hilfe (FS-Äquivalente: Kombinationen von mehr als zwei FS Grad 4 plus, selten Pyramidenbahn Grad 5 allein).
- 7.5 - unfähig, mehr als ein paar Schritte zu tun. An den Rollstuhl gebunden. Benötigt Hilfe für Transfer. Bewegt Rollstuhl selbst, aber vermag nicht den ganzen Tag im Rollstuhl zu verbringen. Benötigt eventuell motorisierten Rollstuhl (FS-Äquivalente wie 7.0).
- 8.0 - weitgehend an Bett oder Rollstuhl gebunden; pflegt sich weitgehend selbständig. Meist guter Gebrauch der Arme (FS-Äquivalente: Kombinationen meist von Grad 4 plus in mehreren Systemen).
- 8.5 - weitgehend ans Bett gebunden, auch während des Tages. Einiger nützlicher Gebrauch der Arme, einige Selbstpflege möglich (FS-Äquivalente wie 8.0).
- 9.0 - hilfloser Patient im Bett. Kann essen und kommunizieren (FS-Äquivalente sind Kombinationen, meist Grad 4 plus).
- 9.5 - gänzlich hilfloser Patient. Unfähig zu essen, zu schlucken oder zu kommunizieren (FS-Äquivalente sind Kombinationen von fast lauter Grad 4 plus).
- 10 - Tod infolge MS.

* Ausgenommen zerebrale Funktionen (7), Grad 1

7.4 Berufskrankheiten

Durch physikalische Einwirkungen verursachte Erkrankungen, soweit sie in der Liste der Berufskrankheiten nach der Berufskrankheitenverordnung (BKV) vom 31.10.1997 enthalten sind (nur „Mechanische Einwirkungen“):

- 21 Mechanische Einwirkungen
 - 2101 Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
 - 2102 Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten
 - 2103 Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen
 - 2104 Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
 - 2105 Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck
 - 2106 Drucklähmungen der Nerven
 - 2107 Abrissbrüche der Wirbelfortsätze
 - 2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
 - 2109 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
 - 2110 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
 - 2111 Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit

7.5 Art der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Recht zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) stellt die gesetzliche Grundlage auch für die Auswahl und Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dar. In den §§ 33, 34, 39 und 40 SGB IX werden ein umfangreicher - allerdings nicht abschließender - Katalog von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Kriterien für deren Auswahl aufgeführt. Im Folgenden sind die wesentlichen Leistungsformen aufgelistet und beschrieben.

7.5.1 Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes

Unter Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes versteht man Leistungen zur Sicherung eines vorhandenen Arbeitsplatzes (auch Teilzeitarbeitsplatzes) bzw. zur Befähigung eines Rehabilitanden, einen neuen Arbeitsplatz auszufüllen. Leistungen zur Förderung einer Arbeitsaufnahme kommen insbesondere nach Abschluss einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wie Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahmen in Betracht, wenn dadurch die Vermittlung eines Arbeitsplatzes erreicht, die Arbeitsaufnahme unterstützt und deren Erhalt nachhaltig gesichert werden soll. Hilfe zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes kann - wenn erforderlich - eine z. B. Umsetzung im bisherigen Betrieb bedeuten, oder auch die Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes in einem anderen Betrieb, aber auch Mobilitätshilfen (Fahrkostenbeihilfe, Ausrüstungsbeihilfe, Trennungskostenbeihilfe, Übergangsbeihilfe, Umzugskostenbeihilfe). Hierzu gehören ferner die nachfolgend unter Ziff. 7.5.2 bis 7.5.6 näher erläuterten Hilfen.

7.5.2 Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung

Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung zählen zu den arbeitsplatzausgestaltenden Leistungen. Sie kommen für Rehabilitanden in Betracht, die wegen Art und Schwere ihrer Behinderung für die Berufsausübung oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auf zusätzliche Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel oder technische Arbeitshilfe angewiesen sind.

Es genügt nicht, dass lediglich eine Funktionsstörung in medizinischer Hinsicht beseitigt wird. Vielmehr müssen die Folgeerscheinungen der Behinderung für eine bestimmte berufliche Tätigkeit durch das Hilfsmittel oder die technischen Arbeitshilfen ausgeglichen werden. Zu den gängigen Hilfsmitteln gehören z. B. Sitzhilfen (Arthrodesestühle, orthopädische Arbeitsstühle), berufsspezifisch aufwendigere Hörhilfen, orthopädische Sicherheitsschuhe und Korrektions- bzw. Arbeitsschutzbrillen. Technische Arbeitshilfen sind z. B. Stehpulte, höhenverstellbare Schreibtische, behinderungsgerechte PC-Ausstattung.

7.5.3 Kraftfahrzeughilfe

Die Kraftfahrzeughilfe umfasst finanzielle Hilfen

- zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs,
- für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
- zur Erlangung einer Fahrerlaubnis sowie
- zu Beförderungskosten,

die nach Maßgabe der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) erbracht werden.

Die Leistungen setzen voraus, dass der Versicherte wegeunfähig und infolge einer Behinderung nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen ist, um seinen Arbeits- oder Ausbildungsort oder den Ort einer sonstigen Maßnahme der beruflichen Bildung zu erreichen.

7.5.4 Wohnungshilfen

Wohnungshilfen sind finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung, wenn sich hierfür eine berufsbezogene Notwendigkeit ergibt. Eine Förderung kommt in Betracht, wenn bauliche Änderungen insbesondere zum barrierefreien und selbständigen Erreichen des Arbeits- oder Ausbildungsortes notwendig werden wie z. B. bei bedarfsmäßigen Umbauten von Garagen, Toreinfahrten, Einbau von Garagen- und Türöffnern, Hebebühnen und Aufzügen sowie rollstuhlgerechter Türverbreiterung.

Für Leistungen der Wohnungshilfe, die vornehmlich einer Verbesserung der Lebensqualität und Lebensführung dienen oder bewirken, elementare Grundbedürfnisse zu erfüllen, ist der Rentenversicherungsträger nicht zuständig.

7.5.5 Arbeitsassistenz

Die Arbeitsassistenz unterstützt behinderte Menschen nach deren Anweisung bei der von ihnen zu erbringenden Arbeitsleistung durch Erledigung von Hilfstätigkeiten. Sie übernimmt nicht die Hauptinhalte der Arbeitsleistung. Die behinderten Menschen müssen also selbst über die am Arbeitsplatz geforderten fachlichen Qualifikationen verfügen.

Assistenzleistungen werden vom Rehabilitationsträger für längstens drei Jahre getragen, wenn hiermit erst ein Arbeitsverhältnis begründet und so eine berufliche Eingliederung erreicht wird. Bei einer länger dauernden Notwendigkeit erfolgt die anschließende Kostenübernahme durch das Integrationsamt.

Beispiele für Arbeitsassistenz: Vorlesekraft für Blinde oder Gebärdendolmetscher für Hörgeschädigte.

7.5.6 Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste können die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergänzen und die Eingliederungsbemühungen der rentenversicherungseigenen Rehabilitationsberatungsdienste unterstützen. Treten bei der Eingliederung in das Erwerbsleben besondere Schwierigkeiten auf, unterstützen sie den Betroffenen in den verschiedenen Eingliederungsphasen. Weiterhin helfen sie, Arbeitsplätze zu akquirieren sowie einem Arbeitgeber ausführliche Informationen, Beratung und Hilfe anzubieten.

7.5.7 Berufsvorbereitung - einschließlich Grundausbildung

Hierbei handelt es sich um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die - soweit sie im Einzelfall erforderlich sind - von dem Rehabilitanden vor einer qualifizierenden Bildungsmaßnahme in Anspruch genommen werden.

Leistungen der Berufsvorbereitung kommen in Betracht, sofern dem Versicherten für die Aufnahme einer Bildungsmaßnahme noch bestimmte Grundkenntnisse (z. B. in den Fächern Deutsch oder Mathematik) fehlen. Ihr Ziel ist es, eine Grundlage zu schaffen, die den Rehabilitanden befähigt, den Anforderungen einer nachfolgenden beruflichen Bildungsmaßnahme zu entsprechen.

Zur Berufsvorbereitung gehören Grundausbildungslehrgänge (z. B. eine blindentechnische Grundausbildung) und sonstige Förderlehrgänge (z. B. Rehabilitationsvorbereitungstraining, Rehabilitationsvorbereitungslehrgang). Sie kommen als ambulante Teilzeitvorförderung oder als stationäre Vollzeitvorförderung in Betracht.

7.5.8 Qualifizierungsmaßnahmen

7.5.8.1 Berufliche Anpassung

Eine berufliche Anpassung ist darauf ausgerichtet, dem Versicherten Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen zu vermitteln, um

- eingetretene Lücken im beruflichen Wissen zu schließen oder
- berufliches Wissen wiederzuerlangen bzw. den technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernissen und deren Entwicklung anzupassen oder
- ihn zu befähigen, eine andere Tätigkeit im erlernten Beruf auszuüben.

Hiermit wird dem Versicherten, der vorübergehend z. B. aufgrund einer Erkrankung aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, ermöglicht, entstandene Lücken im Hinblick auf die berufliche/technische Entwicklung auszugleichen und vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten an neue berufliche Anforderungen anzupassen.

7.5.8.2 Berufliche Weiterbildung

Die berufliche Weiterbildung umfasst Maßnahmen der Fortbildung und Umschulung. Leistungen zur beruflichen Fortbildung sollen vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten der bisherigen Berufstätigkeit des Versicherten erweitern. Der Rehabilitand kann sich damit zusätzlich qualifizieren. Er bleibt dadurch in seinem bisherigen Berufsfeld eingegliedert oder kann in diesem Bereich wieder dauerhaft in das Erwerbsleben reintegriert werden.

Eine berufliche Umschulung kommt für Versicherte in Betracht, die wegen ihrer Behinderung ihrem bisherigen Beruf nicht mehr nachgehen können. Ziel der Umschulung ist es, Kenntnisse und Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten zu vermitteln, die dem Versicherten den Übergang in eine andere behinderungsgerechte berufliche Tätigkeit mit neuen Arbeitsinhalten ermöglicht. Sie wird in Berufsförderungswerken und anderen Ausbildungsstätten (u. a. Fachschulen) sowie in Betrieben durchgeführt. Sie sollten mit einer Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden. Die Dauer der Umschulung ist im Gegensatz zur beruflichen (Erst-)Ausbildung in der Regel auf zwei Jahre begrenzt.

7.5.8.3 Berufliche Ausbildung

Als berufliche Ausbildung wird nur die erste nach der allgemeinen Schulbildung zu einem Abschluss führende berufliche Bildungsmaßnahme bezeichnet. Alle späteren Schritte zur

weiteren beruflichen Bildung sind entweder Maßnahmen der Anpassung oder der Weiterbildung. Zur beruflichen Ausbildung zählen sowohl betriebliche als auch überbetriebliche Ausbildungen, die z. B. in Fachschulen oder auch in geeigneten Ausbildungsstätten mit begleitenden Diensten für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen durchgeführt werden können.

7.5.9 Zuschüsse an Arbeitgeber

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen auch Zuschüsse an den Arbeitgeber, insbesondere für

- eine Ausbildung oder Weiterbildung im Betrieb,
- eine berufliche Eingliederung,
- Arbeitshilfen im Betrieb sowie
- eine befristete Probebeschäftigung.

Ungeachtet der Leistungserbringung an den Arbeitgeber ist allein der Versicherte anspruchsberechtigt. Der Arbeitgeber ist lediglich Begünstigter, jedoch ohne Berechtigung, einen Antrag darauf zu stellen.

7.5.9.1 Zuschüsse für Ausbildung oder Weiterbildung im Betrieb

Soweit Arbeitgeber bereit und in der Lage sind, behinderten Menschen eine gesundheitsgerechte betriebliche Aus- oder Weiterbildung anzubieten, kann dieses berufliche Eingliederungsengagement eines Arbeitgebers durch die Rentenversicherung unterstützt werden. Der Förderumfang für eine betriebliche Bildungsmaßnahme ist unter Beachtung von Art und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung und dem Mehraufwand bei der Unterweisung des Aus- bzw. Weiterbildenden angemessen zu berücksichtigen. Hilfen dieser Art sind insofern attraktiv, als hier auch eine positive Prognose für eine nachhaltige berufliche Eingliederung besteht (sog. „Klebeeffekt“ beim Arbeitgeber).

7.5.9.2 Zuschüsse für berufliche Eingliederung

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form von Zuschüssen zum Arbeitsentgelt (Eingliederungszuschüsse) sollen die Bereitschaft von Arbeitgebern unterstützen, dem Versicherten einen dauerhaften Arbeitsplatz anzubieten.

Sie kommen im Rahmen einer Einarbeitungsphase in Betracht, um dem Versicherten die zum Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten an einem Arbeitsplatz zu vermitteln. Diese Zuschüsse gleichen den Unterschied zwischen der Minderleistung des Einzuarbeitenden bis zur angestrebten vollen Leistung aus.

Darüber hinaus können Zuschüsse erbracht werden, wenn der Arbeitgeber dem Versicherten zur beruflichen Eingliederung einen seinem Leistungsvermögen angemessenen Dauerarbeitsplatz bietet. Die Vermittlung neuer beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten ist in diesen Fällen nicht zwingend. Die Leistungshöhe orientiert sich, wie bereits erwähnt, am jeweiligen Leistungsstand des Versicherten.

7.5.9.3 Zuschüsse für Arbeitshilfen und Einrichtungen im Betrieb

Als Arbeitshilfen bzw. Einrichtungen im Betrieb sind solche Aufwendungen anzusehen, die behinderungsbedingt für eine Ausgestaltung des Arbeits- und Ausbildungsplatzes erforderlich sind. Hierzu zählen u. a. Umbauten wie Auffahrampen oder Treppenhilfen sowie behindertengerechte sanitäre Anlagen. Sie unterscheiden sich von den persönlichen Hilfen für Versicherte wie Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel oder technische Arbeitshilfen dadurch, dass sie beim Arbeitgeber fest eingebaut sind und dort verbleiben.

7.5.9.4 Zuschüsse für befristete Probebeschäftigung

Die Kosten für eine befristete Probebeschäftigung können übernommen werden, wenn dadurch die Chancen einer vollständigen und dauerhaften Eingliederung verbessert werden oder dies nur so zu erreichen ist. In dieser Zeit kann die Abklärung der Eignung des behinderten Menschen für den vorgesehenen Arbeitsplatz erfolgen. In der Regel ist die Dauer für die Zuschüsse auf drei Monate zu begrenzen.

7.5.10 Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen haben den Auftrag, eine angemessene berufliche Bildung und eine leistungsgerecht vergütete Beschäftigung für den Personenkreis vorzuhalten, der behinderungsbedingt nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.

Die Integration in eine WfbM kann als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen, wenn wenigstens zu erwarten ist, dass der behinderte Mensch im geschützten **Arbeitsbereich** der Werkstatt wettbewerbsfähig wird. Eine Förderung durch die Rentenversicherung ist ausschließlich im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der WfbM möglich, soweit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind (§ 11 SGB VI). In der Regel stützen sich die medizinischen Beurteilungskriterien für die Aufnahme dort auf die Vorgaben des IX. Sozialgesetzbuches zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§§ 136 ff. SGB IX). Das Ziel der Maßnahme ist die Erlangung eines Mindestmaßes an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung.

Im **Eingangsverfahren** (bis 3 Monate) wird die Eignung für die WfbM festgestellt. Diese liegt vor bei einem Mindestmaß an sozialer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, hinreichender Unabhängigkeit von Pflege am Arbeitsplatz und der Erwartung, dass ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erreicht werden kann.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im **Berufsbildungsbereich** werden in der Regel über zwei Jahre erbracht, wobei zunächst eine Kostenübernahme für ein Jahr und die Verlängerung bei erneuter positiver Beurteilung der Rehabilitationsprognose erfolgt. Im Berufsbildungsbereich soll die Leistungsfähigkeit gefördert werden, um die Betroffenen in die Lage zu versetzen, danach im Arbeitsbereich der WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden.

Die Förderung behinderter Menschen im anschließenden **Arbeitsbereich** im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist in der Regel die Aufgabe des Sozialhilfeträgers. Wenn ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung nicht erzielt werden kann und erhöhter Betreuungsbedarf besteht, kommt lediglich die Integration in den Förderbereich einer WfbM in Betracht.

7.6 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Neben der betrieblichen Bildung im Rahmen eines Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses mit einem Arbeitgeber stehen unterschiedliche Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für „über- oder außerbetriebliche“ Bildungs- bzw. Qualifizierungsmaßnahmen zur Verfügung. Diese werden im § 35 SGB IX aufgeführt; hier werden auch Qualitätsanforderungen definiert und Kriterien für die Inanspruchnahme der Einrichtungen festgelegt. Es handelt sich dabei um Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.

7.6.1 Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsförderungswerke sind außerbetriebliche Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Sie zeichnen sich durch ganzheitliche pädagogische Konzepte aus und bieten eine individuelle und interdisziplinäre Betreuung der Rehabilitanden durch begleitende Fachdienste (z. B. Medizinischer, Psychologischer, Sozialer Dienst). Sie sind daher in besonderer Weise für die Weiterbildung behinderter Menschen, die bereits berufstätig waren, geeignet. Das Leistungsangebot umfasst u. a. die Überprüfung der beruflichen Eignung durch Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen, Rehabilitationsvorbereitungs-Trainings bzw. -lehrgänge, Anpassungsqualifizierungen, und Umschulungen in unterschiedlichen Berufsrichtungen.

7.6.2 Berufsbildungswerke (BBW)

Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung junger behinderter Menschen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart eingestellten Ausbildungsstätte zu einem entsprechenden Abschluss befähigt werden können. Wie in den Berufsförderungswerken werden auch hier begleitende Dienste vorgehalten.

7.6.3 Vergleichbare Rehabilitationseinrichtungen

Neben den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken bieten auch verschiedene andere Einrichtungen spezielle überbetriebliche Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für behinderte Menschen an. Begleitende Fachdienste werden in unterschiedlichem Umfang vorgehalten (BTZ/Phase II-Einrichtungen).

7.6.4 Einrichtungen der beruflichen Bildung

Weitere Einrichtungen der beruflichen Bildung sind Akademien, Bildungszentren, Fachhochschulen, Fachschulen, Technikerschulen oder ähnliche Institutionen. Die Trägerschaft dieser Bildungseinrichtungen liegt oft bei Privatpersonen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern oder kirchlichen Einrichtungen. Sie halten in der Regel keine besonderen begleitenden rehabilitativen Fachdienste bereit. Insofern sind diese Einrichtungen nur für Rehabilitanden geeignet, die nicht auf besondere begleitende Hilfen angewiesen sind.

7.6.5 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) haben entsprechend § 136 SGB IX denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung im Berufsbildungsbereich und eine Beschäftigung im Arbeitsbereich zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten. Die WfbM stehen behinderten Menschen offen, sofern erwartet werden kann, dass nach Teilnahme im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht wird. Dies ist nicht der Fall bei Vorliegen einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung oder wenn das Ausmaß an erforderlicher Betreuung und Pflege oder anderer ungünstiger Umstände ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Arbeitsbereich dauerhaft nicht zulassen.

Eine Leistungserbringung durch die Rentenversicherung kann nur für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich erfolgen (siehe Anhang 7.5).

7.7 Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation

Die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation sollen eine Lücke schließen zwischen der Akutbehandlung und Erstversorgung (Phase I) und von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die der Ausbildung, Umschulung bzw. beruflichen Reintegration dienen (Phase III). Daher werden diese Zentren „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ oder „Einrichtungen der Phase II“ genannt.

Über die ärztlichen und pflegerischen Leistungen hinaus werden in den medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen je nach Behinderungsart rehabilitative Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Heilmittel einschließlich physikalischer Therapie, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, erbracht.

Durch die Rentenversicherung werden im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Regel Leistungen wie Belastungserprobung und Arbeitstherapie erbracht. Diese Leistungen sind nach § 26 SGB IX der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen.

- **Belastungserprobung (BE)**

Die Belastungserprobung dient der Ermittlung des arbeitsrelevanten Leistungsprofils in körperlicher, geistiger und psychischer Hinsicht, der sozialen Anpassungsfähigkeit und der besonderen Gefährdungen durch Einwirkungen am Arbeitsplatz. Die Dauer der BE beträgt in der Regel sechs Wochen.

- **Arbeitstherapie**

In der Arbeitstherapie werden die berufliche Belastbarkeit gesteigert, Arbeitsgrundfähigkeiten stabilisiert und verbessert und spezielle Fähigkeiten für die berufliche Wiedereingliederung trainiert. Die Dauer der Arbeitstherapie beträgt in der Regel 12 Wochen.

8 Nachwort: Erstellung und Implementation der Leitlinien

Ziel der Leitlinien:

Zielsetzung bei der Erstellung von Arbeitsleitlinien für den sozialmedizinischen Entscheidungsprozess war, bei der Beurteilung der Kriterien zur **Rehabilitationsbedürftigkeit**, **Rehabilitationsfähigkeit** und **Rehabilitationsprognose** unter Berücksichtigung des Rehabilitationsziels der Rentenversicherung - den Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Versicherte möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben zu integrieren - **qualitätssichernde Maßnahmen** einzuführen. Dabei soll eine **Gleichbehandlung** aller Versicherten sowie eine Erhöhung von **Transparenz und Nachvollziehbarkeit** im Verwaltungsverfahren erreicht werden (siehe auch „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“¹).

Inhalt der Leitlinien:

Grundlage der Leitlinienentwicklung war die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Bewertung im Rehabilitations-Antragsverfahren zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Auch wenn die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung einem integrativ-umfassenden rehabilitativen Ansatz verpflichtet sind, wurde eine indikationsbezogene, z. T. diagnosespezifische Darstellung des jeweiligen Problembereiches gewählt. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Beratungsärzte wurden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst. Für die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit in der besonderen Situation der Antragsbearbeitung nach Aktenlage durch den Beratungsärztlichen Dienst des Rentenversicherungsträgers liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor. Die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter stellen nur einen Aspekt der sozialmedizinischen Entscheidung dar, ergänzend ist die subjektive Einschätzung des Betroffenen zur Rehabilitationsbedürftigkeit zu eruieren. Die sozialen Auswirkungen hinsichtlich der beruflichen Desintegration werden im Wesentlichen aus Parametern wie z. B. Arbeitslosigkeit oder Zeiten der Arbeitsunfähigkeit abgeleitet. Rehabilitationsspezifische Assessmentverfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können dabei bisher nur vereinzelt herangezogen werden.

Die Darstellung der Problembereiche umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Kernpunkt ist die Einschätzung, unter welchen Bedingungen Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt bzw. nicht gegeben ist. Der Grad der Konkretisierung trägt dabei dem individuellen Ermessen und den komplexen Bedingungen und Interaktionen innerhalb eines Gesundheitsproblems Rechnung.

Zielgruppe:

Der Beratungsärztliche Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund ist die Zielgruppe für die Erstellung der vorliegenden Leitlinien. Für eine allgemeine Zugänglichkeit ist eine Einstellung auf der Webseite der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgesehen.

¹ www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Evidenzgrad:

Die Leitlinien wurden in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Sozialmediziner aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften sowie Ärzte verschiedener Aufgabengebiete aus der Rehabilitationsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an. In den weiteren Entstehungsprozess wurde das Grundsatzreferat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund einbezogen.¹ Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass Leistungen zur Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gesetzlich vorgeschrieben sind.

Implementierung:

Die Leitlinien wurden den Beratenden Ärzten in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt. Dezernatsärzte sind für die Weitergabe des Inhalts der Leitlinien an die Beratenden Ärzte verantwortlich. Neben einer systematischen Einführung - z. T. in Vorträgen, z. T. per individueller Information - ist u. a. vorgesehen, in regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln Fallbesprechungen abzuhalten, die sich an den Leitlinien orientieren.

Überprüfung der Anwendung:

Im Februar 2001 wurde eine anonyme Befragung über die Arbeit mit den Leitlinien in schriftlicher Form durchgeführt. Danach wurden die Leitlinien überwiegend als positiv bewertet; sie wurden u. a. als Hilfe bei der sozialmedizinischen Beurteilung eingestuft und als ein geeignetes Mittel der Qualitätssicherung angesehen. Schwierigkeiten bei der Anwendung der Leitlinien wurden gesehen, sofern Funktionsbefunde in den vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht in befriedigender Form enthalten sind.

Autoren der ersten Fassung der Leitlinie:

Dr. Susanne Amberger, Christiane Härdel, Dr. Hanno Irle, Angela Kattner, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Heike Müller, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Barbara Sakidalski, Gabriele Sandner, Dr. Ada Scheuchenstein-Bokorov. Alle Autoren sind bzw. waren Mitarbeiter der BfA. Durchsicht der Arbeit und wichtige Anregungen sind erfolgt durch Dr. Karl-Walter Kertzendorff, ehemaliger Abteilungsarzt Rehabilitation der BfA (bis Januar 2003); Dr. Gabriele Wille, ehemalige Leitende Ärztin der BfA (bis Juni 1999).

Aktualisierung der Leitlinien 2004/2005 durch:

Kapitel 4 (Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates): Dr. Silke Brüggemann, Angela Kattner, Christina Kraft-Bauersachs, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Barbara Sakidalski, Gabriele Sandner.

¹ Evidenzgrad entsprechend Stufe S1 der Leitlinien-Entwicklung (Entwicklungsstufe 1: Expertengruppe) der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (siehe www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/III/II_metho.htm, Methodische Empfehlungen der AWMF 2000).

Nach der Einteilung der Evidenz bei Therapiestudien durch das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) würden die vorliegenden Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung Grad IV (Evidenz auf Grund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen) entsprechen (siehe auch: Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ, 2001 oder www.leitlinien.de/leitlinienqualitaet/index/manual/index/kap05recherche/view).

Kapitel 5 (Psychische Störungen, außer Unterkapitel 5.5): Katja Fischer, Christina Kraft-Bauersachs, Dr. Anna-Maria Lange, Dr. Anne-Dore Münn.

Unterkapitel 5.5 (Abhängigkeitserkrankungen): Dr. Renate Gründler, Johannes Heller, Dr. Hanno Irle, Dr. Joachim Köhler, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner.

Kapitel 6 (Erkrankungen des Nervensystems): Dr. Susanne Amberger, Christina Kraft-Bauersachs, Detlef Kuhnke, Gonthard Stoyke.

Alle Autoren sind Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Eine kritische Durchsicht bzw. wichtige Anregungen sind erfolgt durch Dr. Hanno Irle und Dr. Christiane Korsukéwitz, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund, sowie Dr. Thomas Hillmann und Volker Kolletzky, Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Aktualisierungen sind in dreijährigen Abständen vorgesehen.

9 Literaturverzeichnis

Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, DRV-Schriften Band 7, 1997

Albrecht D, Bramesfeld A: Das Angebot an gemeindenahen beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. Das Gesundheitswesen 66: 492 - 498, 2004

Amberger S, Irle H, Grünbeck P: Arbeitsbezogene Strategien und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit psychischen Störungen. DAngVers 50: 135 - 141, 2003

Bahemann A: Begutachtung der Leistungsfähigkeit für die berufliche Rehabilitation - Begutachtung für die Bundesanstalt für Arbeit. Med Sach 98: 102 - 104, 2002

Beckers H: Arbeitsmedizinische Einschränkungen bei bestimmten Erkrankungen, Verlag Arzt und Information, Köln 1996

Begutachtungs-Leitlinien zur Krafftahreignung des Gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, bearbeitet von Lewrenz H, Hrsg.: Bundesanstalt für Straßenwesen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2000

Berufsbildungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit Behinderung, Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Stand: September 2004, www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A713.pdf

Berufsförderungswerke – Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Behinderter, Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Stand: Januar 2005, www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A714.pdf

Benz M, Köllner A: Verdachtsmeldung und Anerkennung von orthopädischen Krankheitsbildern als Berufskrankheit. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 36: 587 - 595, 2001

Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in funktionaler Betrachtungsweise – Handreichung des Arbeitsausschusses „Psychische Behinderungen“ der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Rehabilitation 38: 44 - 46, 1999

Beyer W, Heisel J: Krankheiten des Stütz- und Bewegungssystems. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzlichen Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 2003

Böhmer S, Grünbeck P, Möller B, Hansmeier T, Klosterhuis H, Nischan P: Untersuchung zu Ablauf, Ergebnis und Kosten der Berufsförderung. Abschlussbericht, Intersofia - Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung, Berlin 1997

Claros-Salinas G, Greitemann G, Jeske A: Berufliche Neurorehabilitation innerhalb medizinischer Rehabilitationsphasen: Behandlungskonzept und Evaluation anhand katamnestic Daten. Neurol Rehabil 6: 82 - 92, 2000

Die ärztliche Begutachtung. Hrsg.: Fritze E, May B, Mehrhoff F, 6. Aufl., Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2001

Elsner G, Nienhaus A, Beck W: Berufsbedingte degenerative Diskopathien im Lendenwirbelsäulenbereich. *Soz.-Präventivmed.* 42: 144 - 154, 1997

Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie, Hrsg.: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, BGI 585, Dezember 1999

Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (Empfehlungsvereinbarung RPK) vom 17. November 1986, Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt am Main, 1987 (Neufassung befindet sich im Abstimmungsprozess)

Fachlexikon Behinderung und Beruf. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH). Fachautoren: Ulrich Adlhoch, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster; Karl-Friedrich Ernst, Landeswohlfahrtsverband Baden, Karlsruhe; Georg Hartmann, Landschaftsverband Rheinland, Köln; Dr. Helga Seel, Landschaftsverband Rheinland, Köln; unter Mitarbeiter von Hartmut Elsner, Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Universum Verlagsanstalt Wiesbaden, 2002

Foerster K, Weig W: Psychische und Verhaltensstörungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzlichen Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 2003

Frommelt P: Neurologische Erkrankungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzlichen Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 2003

Geschäftsbericht 2004 der BfA - Kurzfassung. Hrsg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Werbedruck Schreckhase, 2005

Gmelin A: Innovative Wege zur beruflichen Eingliederung von Behinderten. *Rehabilitation*, 35: 44 - 48, 1996

Handbuch Rehabilitation, Hg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1. Auflage, Oktober 2004

Hansmeier T, Müller-Fahrnow W, Radoschewski M, Vogt K, Lang P: Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisbericht zum Forschungsprojekt A 2 des Reha-Forschungsverbundes Berlin - Brandenburg - Sachsen (BBS), Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt Universität zu Berlin, Juni 2002

Hartmann B: Belastungen und Dispositionen als Ursachen degenerativer Muskel-Skelett-Erkrankungen. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 39: 56 - 66, 2004

ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification). Systematisches Verzeichnis, Version 2004. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Verlag videel 2003

IMBA: Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996

Inanspruchnahme medizinischer und beruflicher Rehabilitation – Symposium zu aktuellen Ergebnissen der Rehabilitationsforschung. Zusammengefasst von Tim Köhler, DAngVers November 2000

Kertzendorff K-W: Begutachtung der Leistungsfähigkeit für die berufliche Rehabilitation – Begutachtung für die Rentenversicherungsträger. Med Sach 98: 105 - 109, 2002

Kurtzke J F: Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology, 33, 1444 - 1452, 1983

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hrsg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 3. Auflage, Mai 2003

Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen - für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates - für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen - für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit neurologischer Erkrankungen. In: Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für den beratungsärztlichen Dienst der BfA, Hausdruckerei der BfA, 1999

Medizinische Begutachtung innerer Krankheiten. Hrsg.: Marx H H, Klepzig H, 7. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 1997

Medizinisch-berufliche Rehabilitation – Einrichtungen in Deutschland. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, letzter Stand: November 2004, www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A715.pdf

Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen. Definitionen – Vorkommen – Arbeitsschutz. Hrsg.: K. Landau und G. Pressel unter Mitarbeit von Y. Ferreira. Gentner-Verlag, Stuttgart 2004

MEKA: Erstellung eines Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen. Forschungsbericht Nr. 202. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1990

MELBA: Erstellung eines Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten. Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit - MELBA. Forschungsbericht Nr. 212. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1991

Pfammatter M, Hoffmann H, Kupper Z, Brenner H D: Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Fortschr Neurol Psychiat 68: 61 - 69, 2000

Rahmenempfehlungen zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt a. M., Stand Januar 2005

Rehabilitation 1999. Fachtagung zur beruflichen Rehabilitation der BfA. Berlin, 1. und 2.6.1999, Hrsg.: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Buchdruckerei Günter Buck, Berlin, 1999

Rehabilitation Behinderter. Schädigung - Diagnostik - Therapie - Nachsorge. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994

Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 3. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche – Leitlinien für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Reimann A: Medizinische und berufliche Rehabilitation – Neustrukturierung und Entwicklung in den neuen Bundesländern. Deutsche Rentenversicherung 8/2000

Rohmert W: Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38: 193 - 200, 1984

Rompe G, Fitzek J M: Synopse der Bewertung von Leistungsbeeinträchtigungen in verschiedenen Sachgebieten. In: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. Hrsg.: G. Rompe u. A. Erlenkämper, 2. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart - New York 1992

Rompe G, Thürauf J: Anmerkungen zur Begutachtung bandscheibenbedingter Erkrankungen der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit Nr. 2108. Med Sach 94: 116 - 121, 1998

Ruppe K: Arbeitsmedizin systematisch, Uni-Med Verlag AG, Lorch/Württemberg 1995

Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K: Diagnostik und Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung. Beltz-Verlag, Weinheim 1996

Scholz J F, Wittgens H: Arbeitsmedizinische Berufskunde, Gentner Verlag, Stuttgart 1992

Shea M T: Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K: Persönlichkeitsstörungen, Beltz Verlag, Weinheim 1996

Sieveking C F: Sucht und suchtähnliche Erkrankungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzlichen Rentenversicherung, 6. Auflage. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 2003

Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 2003

Thorbecke R, Specht U: Berufliche Rehabilitation bei Epilepsie. Med Sach 101:22-32, 2005

Zielke M: Entwicklung und Begründung eines Modells zur Analyse des Arbeits- und Leistungsprozesses. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 41: 13 - 28, 1998