

Peer Review – Psychosomatik und Sucht

- Manual mit Checkliste
- Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation
- 12. Auflage, 2016



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
1	Einführung zum Peer Review in der medizinischen Rehabilitation	6
2	Optimierung des Peer Review	8
3	Instruktionen für die Gutachter(innen)	10
3.1	Anforderungen an die Gutachtertätigkeit	10
3.2	Operationalisierung der Beurteilungen	11
3.2.1	Beurteilung der Mängel bezüglich qualitätsrelevanter Prozessmerkmale	11
3.2.2	Zusammenfassende Beurteilung der Mängel bezüglich der Bereiche A-E	12
3.2.3	Beurteilung der Bereiche mit Bewertungspunkten	12
3.2.4	Beurteilung des Reha-Prozesses insgesamt (Bereich F)	12
4	Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale	13
5	Erläuterungen zu den qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen der Checkliste für die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen	22
5.1	Bereich A – Anamnese	22
5.2	Bereich B – Diagnostik	26
5.3	Bereich C – Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	27
5.4	Bereich D – Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	31
5.5	Bereich E – Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	32
5.6	Bereich F – Bewertung des gesamten Reha-Prozesses	33
	Anhang 1: Erläuterungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	34
	Der Begriff Gesundheitsproblem	34
	Die Struktur der ICF	35
	Die Komponenten der ICF	35
	Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell	39
	Anhang 2: Literaturhinweise	41

Vorwort

Die Deutsche Rentenversicherung begann 1994 mit der Entwicklung der Qualitätssicherung für die medizinische Rehabilitation, um die Versorgung der Rehabilitand(inn)en zu verbessern, sie effizienter zu gestalten und die Erkenntnisse rehabilitationswissenschaftlicher Forschung zu nutzen. Die Entwicklung und Erprobung geeigneter Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung erfolgte mit wissenschaftlicher Unterstützung sowie unter Mitwirkung von Expert(inn)en aus der Reha-Praxis und der Sozialmedizin.

Um auf den steten Wandel in der medizinischen Rehabilitation zu reagieren, werden vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen das Peer Review sowie alle anderen Instrumente der Reha-Qualitätssicherung kontinuierlich weiterentwickelt.

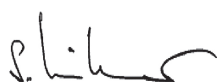
Im Programm der Reha-Qualitätssicherung weist das Peer Review einige Alleinstellungsmerkmale auf. Nur hier erfolgt eine Qualitätsbewertung durch gleichgestellte ärztliche Fachkolleg(inn)en anhand konkreter, schriftlich dokumentierter Einzelfälle aus indikationsgleichen Reha-Einrichtungen. Sie werden einer umfassenden Prüfung auf der Grundlage einer Checkliste und eines erläuternden Manuals unterzogen. Zum Peer Review gibt es jedoch auch immer wieder kritische Anmerkungen und Anregungen zur Verbesserung, die beispielsweise die Methodik oder den Aufwand betreffen. Diese fließen in Überarbeitungsprojekte ein und geben wichtige Impulse zur Optimierung.

Die Rehabilitationseinrichtungen der Indikationen Psychosomatik und Sucht haben in den vergangenen Jahren einen beachtlichen Qualitätsstandard erreicht. Gleichwohl erfordern vergleichsweise hohe Mängelanteile bei Prozessmerkmalen aus den Bereichen Sozialmedizin, Anamnese und Diagnostik auch zukünftig intensive Anstrengungen aller Beteiligten. Auch bestehen weiterhin erhebliche Einrichtungsunterschiede im Qualitätsvergleich.

Die Deutsche Rentenversicherung hat deshalb jetzt eine überarbeitete 12. Auflage des Manuals mit der Checkliste vorgelegt. Ziel war eine weitere Verbesserung der Nutzbarkeit von Reha-Prozessbewertungen für das Qualitätsmanagement in den Reha-Einrichtungen. Verbesserungsvorschläge aus der Reha-Praxis aber auch Ergebnisse aus wissenschaftlichen Analysen sind in diese Überarbeitung eingeflossen.

Das Peer Review-Manual und die Checkliste bilden die inhaltliche Basis zur Beurteilung von Prozessmerkmalen. Gleichzeitig sind sie Grundlage der Peer-Schulung, die leitende Ärzte von Reha-Einrichtungen auf ihre Gutachter-tätigkeit vorbereitet. Indem die vermittelten Informationen in die Reha-Einrichtungen getragen werden, sind Impulse zur Qualitätsverbesserung zu erwarten.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen, allen, die bei der Weiterentwicklung des Peer Review mitgewirkt haben, herzlich für ihr Engagement zu danken.



Dr. Susanne Weinbrenner

Leitende Ärztin der Deutschen Rentenversicherung Bund
Leiterin des Geschäftsbereichs „Sozialmedizin und Rehabilitation“

Berlin, im August 2016

Die Zusammenarbeit zur Reha-Qualitätssicherung innerhalb der Rentenversicherung und deren rentenversicherungsweite Umsetzung erfolgt durch fünf Koordinator(inn)en der Deutschen Rentenversicherung. Hierbei handelt es sich um Mitarbeiter(innen) regionaler Rentenversicherungsträger und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Uwe Egner

Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Dr. Nathalie Glaser-Möller

Teamleiterin der Stabsstelle Reha-Strategie und Steuerung
Deutsche Rentenversicherung Nord
Lübeck

Dr. Margarete Ostholt-Corsten

Leiterin des Bereichs Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Ulrich Theißen

Fachbereichsleiter Reha-Management,
Abteilung Betriebswirtschaftliche Steuerung
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Düsseldorf

Michael Zellner

Leiter der Abteilung Kliniken
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
München

1 Einführung zum Peer Review in der medizinischen Rehabilitation

Ein Peer Review ist eine etablierte Methode der Qualitätssicherung, die es ermöglicht, eine fachlich qualifizierte, konkrete und konstruktive Qualitätsprüfung in unterschiedlichen Anwendungsbereichen durchzuführen. Einer solchen Prüfung liegen in der Regel Beobachtungen von Prozessen oder Dokumentationsmaterialien zugrunde, die eine Beurteilung der Prozessqualität zulassen.

Um die Akzeptanz des Verfahrens sicherzustellen, erfolgt die Prüfung durch ausgewiesene Expert(inn)en des gleichen Fachgebietes. Damit wird gewährleistet, dass die Prüfenden (Peers) und Geprüften fachlich und hierarchisch gleichgestellt sind. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden konstruktiv, meist fachabteilungsspezifisch und vergleichend sowie „auf Augenhöhe“ zurückgemeldet. Auf diese Weise sollen letztlich auch Qualitätsverbesserungen erreicht werden.

Das Peer Review in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung

Die medizinische Rehabilitation ist ein zentraler Anwendungsbereich des Peer Reviews. Auf der Grundlage von Informationen über den individuellen Rehabilitationsverlauf – in Form des ärztlichen Reha-Entlassungsberichts – werden differenzierte Bewertungen über alle Facetten des Prozesses hinweg vorgenommen, beginnend mit der Anamneseerhebung bis hin zur abschließenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und den Empfehlungen zur Nachsorge. In das Verfahren einbezogen sind alle stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, die federführend von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden.

Die Prüfung erfolgt durch speziell für diese Aufgabe geschulte leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen der gleichen Indikation. Geprüft wird jeweils eine Stichprobe von maximal 20 Behandlungsfällen pro Einrichtung, die innerhalb eines Quartals rehabilitiert und regulär entlassen wurden. Die Menge der zu begutachtenden Fälle pro Peer liegt, abhängig von der Anzahl zur Verfügung stehender Gutachter(innen), zwischen 20 und 30.

Wie alle Verfahren der Reha-Qualitätssicherung soll das Peer Review möglichst aufwandsarm und praktikabel sein. Das heißt unter anderem, dass die Datenerhebung auf ein unbedingt notwendiges Maß beschränkt wird.

Fokus und Bedeutung der Prozessqualitätsprüfung

Die Qualitätsprüfung erfolgt im Zuge des Peer Review vor allem mit Fokus auf die Prozessdokumentation. Diese umfasst unter anderem eine sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens nach einer erfolgten Rehabilitation, welche für die Rentenversicherung von großer Bedeutung ist: Sie gewährt ihren Versicherten Rehabilitationsleistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist und muss anschließend gegebenenfalls über weitere Leistungen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Erwerbsminderungsrente) entscheiden.

Der Reha-Entlassungsbericht und insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung des Versicherten hat dabei den Stellenwert eines Gutachtens. Aufgrund dieser wichtigen Rolle kann die Verwendung der Prozessdokumentation als Bewertungsgrundlage für das Peer Review der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung als angemessen bewertet werden. Die gute Übereinstimmung der Beurteilungen verschiedener Peers, die sich in den vergangenen Verfahren regelmäßig nachweisen ließ, unterstreicht das.

Eine wichtige Voraussetzung für eine aussagefähige und systematische Qualitätsprüfung im Zuge des Peer Review bilden einheitliche Bewertungsmaßstäbe zur Begutachtung der Reha-Prozesse. Diese wurden in einem intensiven Diskurs zwischen den Rentenversicherungsträgern ausgehandelt – ausgehend von den gemeinsamen Vorstellungen, was eine „gute Rehabilitation“ ausmacht. Sie stehen in Form einer einheitlichen Checkliste sowie eines Manuals, in dem die Anforderungen zu den einzelnen Bewertungsaspekten erläutert werden, zur Verfügung.

Zusätzlich werden regelmäßige Schulungen durchgeführt, in denen qualifizierte leitende Ärztinnen und Ärzte umfassend auf ihre Gutachtertätigkeit vorbereitet werden. Die Teilnahme ist für jede(n) Gutachter(in) im Peer Review-Verfahren obligatorisch. In den Schulungen werden nicht nur Informationen über das Peer Review und die Bewertungsmaßstäbe vermittelt, sondern auch konkrete Praxisbeispiele im Austausch mit Kolleg(inn)en aus anderen Reha-Einrichtungen diskutiert.

Durch ihre gutachterliche Tätigkeit und die damit verbundene intensive Beschäftigung mit Qualitätsaspekten unterstützen die Peers nicht nur die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation in anderen Einrichtungen, sondern befördern in der Regel auch die Prozessqualität im eigenen rehabilitativen Umfeld. Im Zuge jährlich stattfindender Informationsveranstaltungen für aktive Gutachter(innen) im Peer Review-Verfahren wird überdies die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Kliniker(inne)n gefördert und intensiviert.

Bezug zum Ärztlichen Entlassungsbericht

Die relevanten Themenkreise der Reha-Entlassungsberichte sind im „Leitfaden zum einheitlichen Reha-Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ benannt und beschrieben.

Im Leitfaden wird ausdrücklich betont, dass sich die Berichte auf die klinisch und sozialmedizinisch bedeutsamen Fakten konzentrieren und die Nutzbarkeit für die Adressaten berücksichtigen sollen. Insofern sind klare und prägnante Entlassungsberichte mit einer angemessenen Länge gefordert. Der Formularsatz des Reha-Entlassungsberichtes selbst erhielt im Zuge der Optimierung, verglichen mit der früheren Version, eine gekürzte und neu strukturierte Gliederung. Redundanzen wurden entfernt. Zum freitextlichen Teil wurden verbindliche Gliederungspunkte mit Unterpunkten festgelegt, die im Leitfaden erläutert sind.

Insgesamt konnte damit erreicht werden, dass die Ärztlichen Entlassungsberichte klarer und übersichtlicher aufgebaut werden, was sowohl den Verfasser(inne)n als auch den Nutzer(inne)n der Berichte zugutekommt.

Das vorliegende Manual mit Checkliste zum Peer Review-Verfahren hat in der Rehabilitationspraxis eine grundsätzlich andere Bedeutung als der Ärztliche Entlassungsbericht mit zugehörigem Leitfaden. Sie bilden das Arbeitsinstrument (Checkliste) sowie eine wichtige Orientierungshilfe (Manual) zur Bewertung der Prozesse, die im Entlassungsbericht dokumentiert wurden. Trotz der unterschiedlichen Ausrichtung sind die Anforderungen beider Instrumente – des Ärztlichen Entlassungsberichts mit Leitfaden und der Peer Review-Checkliste mit Manual – an die Prozessdokumentation und -bewertung identisch. Um diese Einheitlichkeit zu unterstreichen, wird in der Checkliste und im Manual zum Peer Review-Verfahren vielfach auf entsprechende Passagen des Reha-Entlassungsberichts bzw. des Leitfadens verwiesen.

2 Optimierung des Peer Review

Die 12. Auflage der Checkliste und des Manuals bildet die Grundlage des Peer Reviews.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation und kritischer Diskussionen mit Expert(inn)en wurden diese Materialien in der Vergangenheit mehrfach angepasst. Unter anderem wurden Begriffe und Inhalte der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eingearbeitet (vgl. Anhang 1). Darüber hinaus wurde die Bewertung durch vorformulierte Begründungen für negative Bewertungen optimiert. Die Formulierungen wurden für jeden Bereich der Checkliste merkmalsübergreifend im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes entwickelt.

Im vorliegenden Manual mit Checkliste sind neue methodische Aspekte berücksichtigt, welche die Ergebnisdokumentation straffen und die Ergebnisdarstellung präzisieren sollen.

Es handelt sich um:

- Eine einheitliche vierstufige Mängelskala in allen Bereichen sowie auf allen Bewertungsebenen der Checkliste: Diese bildet die Bewertung der Peers klarer ab. Die vormals teilweise drei- und teilweise vierstufige Antwortkategorisierungen führten in der Vergangenheit zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen bei der Ergebnisdarstellung.
- Eine übersichtlichere Gestaltung der Checkliste, angelehnt an die Gliederung des Freitexts im Ärztlichen Entlassungsbericht.
- Eine Reduzierung der Prozessmerkmale: Sie macht das Arbeitsinstrument schlanker und handhabbarer, ohne dass ein relevanter Informationsverlust in Kauf zu nehmen ist. Der Blick auf eventuell bestehende Schwachstellen im Prozess soll dadurch fokussiert werden.
- Die Einführung der Kategorie „nicht relevant“ in der Mängelbewertung für alle Prozessmerkmale: Aufgrund der spezifischen Gegebenheiten können einzelne Merkmale der Checkliste im konkreten Einzelfall ohne Bedeutung sein.

Die Einführung einer einheitlichen vierstufigen Mängelskala wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts im Jahr 2012/2013 am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald (Prof. Dr. Thomas Kohlmann) erarbeitet. Es konnte statistisch belegt werden, dass inkonsistente Ergebnisdarstellungen der Merkmals- und Bereichsbeurteilungen auf die unterschiedlichen Bewertungsskalen zurückzuführen waren. Eine einheitliche vierstufige Skalierung (keine, leichte, deutliche und gravierende Mängel) löst dieses Problem.

Hinsichtlich der übersichtlicheren Gestaltung der Checkliste wurden empirische Untersuchungen, aber auch die Kritik erfahrener Peers berücksichtigt. Unter anderem wurden redundante und in gleicher Weise eingeordnete Merkmale ermittelt und entfernt. Betroffen waren in erster Linie ICF-bezogene Merkmale (vgl. Anhang 1), die ohne Informationsverlust unter andere Merkmale subsumiert werden konnten. Weitere Merkmale konnten zusammengefasst werden (z. B. Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden bzw. Diagnose durch Anamnese und Befund plausibel). Ferner wurden die Merkmale des Bereichs D „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“, ihrer inneren Logik entsprechend, neu angeordnet und begrifflich präzisiert.

Den Anpassungen in der Checkliste entsprechend wurde auch das Manual überarbeitet.

Mit der vorliegenden Version von Checkliste und Manual steht ein deutlich verbessertes Arbeitsinstrument für das Peer Review-Verfahren zur Verfügung. Zu beachten ist allerdings, dass unmittelbare Vergleiche der Ergebnisse früherer und künftiger Verfahren aufgrund der genannten Änderungen nicht möglich sind.

3 Instruktionen für die Gutachter(innen)

In der Einführung wurden bereits zentrale Eckdaten des Peer Reviews benannt (vgl. Abschnitt 1). Darüber hinaus ist zu beachten, dass ausschließlich Unterlagen von Rehabilitand(inn)en im erwerbsfähigen Alter und ohne den Bezug einer Altersrente in die Begutachtung einbezogen werden. Bezüglich dieser Rehabilitand(inn)en zielt die Rehabilitation generell darauf, die Erwerbsfähigkeit zu stabilisieren bzw. zu verbessern und zu einem plausiblen Urteil über das sozialmedizinische Leistungsvermögen zu kommen.

Die Checkliste (vgl. Abschnitt 4) umfasst 39 qualitätsrelevante Prozessmerkmale. Sie gliedert sich in die Bereiche „Anamnese“, „Diagnostik“, „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“, „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“, „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“. In jedem Bereich sind zunächst Einzelmerkmale zu bewerten, anschließend folgt eine Einschätzung zum gesamten Bereich. Am Ende der Checkliste ist der Reha-Prozess insgesamt zu bewerten.

Die Begutachtung erfolgt jeweils auf Basis des anonymisierten Ärztlichen Entlassungsberichts (Hinweis: die individuellen Therapiepläne werden temporär nicht mehr mitbetrachtet). Wenn sich die Therapieintensität im Reha-Verlauf gravierend verändert, ist dies in den freitextlichen Darstellungen zu erläutern.

3.1 Anforderungen an die Gutachtertätigkeit

Gutachter(innen) im Peer Review-Verfahren zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung sind in einer Rehabilitationseinrichtung in leitender ärztlicher Funktion tätig und verfügen über eine längere (im Idealfall eine mindestens 3-jährige) praktische Reha-Erfahrung. Sie haben an einer Peer Review-Schulung des Bereichs „Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik“ der Deutschen Rentenversicherung Bund teilgenommen (vgl. Abschnitt 1). Zudem sollten die Gutachter(innen) die Zusatz-Weiterbildung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ abgeschlossen haben oder derzeit anstreben.

Bei der Tätigkeit als Peer sind folgende Punkte unbedingt zu beachten:

- Die Begutachtung ist nicht delegierbar. Mit seiner Unterschrift bestätigt jeder Peer, dass die Bewertungen von ihm/ihr selbst vorgenommen wurden.
- Falls keine sachgemäße Beurteilung möglich ist, weil Unterlagen unvollständig oder schwer lesbar sind, sind sie mit einem entsprechenden Vermerk unbearbeitet zurückzusenden.
- Die Stichprobenfälle werden so auf die Peers verteilt, dass ausschließlich Fälle aus anderen Rehabilitationseinrichtungen begutachtet werden. Sollten die Begutachtungsfälle trotz sorgfältiger Zuweisung dennoch aus der eigenen Einrichtung stammen, sind die Unterlagen mit einem entsprechenden Vermerk unbearbeitet zurückzusenden.
- Alle zur Begutachtung vorgelegten Entlassungsberichte werden im Vorfeld sorgfältig anonymisiert. Sollten dennoch relevante Mängel bezüglich der Anonymisierung vorliegen, die eine neutrale Begutachtung beeinträchtigen, sind die Unterlagen mit einem entsprechenden Vermerk unbearbeitet zurückzusenden.

- Die Bewertung der Prozessqualität erfolgt auf Basis aller Informationen, die zur Verfügung stehen: Neben dem Freitext im Reha-Entlassungsbericht sind auch die Formblätter 1, 1a und 1b zu berücksichtigen.
- Bei der Qualitätsbewertung kommt es nicht auf die Reihenfolge der dokumentierten Merkmale an. Vielmehr ist wichtig, dass die in der Checkliste und im Manual genannten klinisch und sozialmedizinisch bedeutsamen Punkte in den Unterlagen transparent, verständlich und nachvollziehbar behandelt wurden.
- Die zugesandten Unterlagen und die bearbeiteten Checklisten dürfen nicht vervielfältigt oder an Dritte zur Einsicht weitergegeben werden.

3.2 Operationalisierung der Beurteilungen

Für die Bewertung der einzelnen Prozessmerkmale stehen die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „deutliche Mängel“ und „gravierende Mängel“ zur Verfügung (vgl. Abschnitt 4).

Obwohl jedes Merkmal für sich betrachtet eine große Bedeutung hat, sind Fallkonstellationen denkbar, in denen ein Merkmal nach den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalles nicht relevant ist. Dies gilt auch, wenn in den zu begutachtenden Unterlagen Aussagen über das betreffende Merkmal vorliegen. Es findet sich deshalb bei allen Merkmalen neben der Mängelbewertung die Beurteilungsmöglichkeit „nicht relevant“. Prinzipiell gelten für die Beurteilung jedes Prozessmerkmals die im Manual aufgeführten Qualitätsanforderungen.

Über die einzelnen Prozessmerkmale hinaus ist jeder Bereich der Checkliste zusammenfassend zu bewerten. Dies erfolgt in zwei Formen: Einerseits mit den Mängelkategorien, die auch für die Prozessmerkmale zur Verfügung stehen, andererseits mit der elfstufigen Skala der Bewertungspunkte. Dabei stehen 0 Punkte für die Beurteilung „sehr schlecht“ und 10 Punkte für „sehr gut“.

Den zusammenfassenden Bewertungen jedes Bereiches sind vorformulierte Begründungen für eine unzureichende Qualität zugeordnet. Werden für einen Bereich „deutliche“ oder „gravierende Mängel“ festgestellt, sind die zutreffenden Begründungen anzukreuzen (Mehrfachangaben möglich). Diese sollen den Reha-Einrichtungen unterstützende Hinweise für eine Verbesserung der Reha-Prozesse geben.

Bei allen Bewertungen im Peer Review sollen sowohl quantitative als auch qualitative Gesichtspunkte zugrunde gelegt werden. Welche Anforderungen jeweils als unabdingbar anzusehen sind, ist seitens der Peers unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Falles einzuschätzen. Den Peers obliegt damit eine hohe Verantwortung.

3.2.1 Beurteilung der Mängel bezüglich qualitätsrelevanter Prozessmerkmale

Die zur Verfügung stehenden Mängelkategorien sind wie folgt zu verstehen:

Keine Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn bezüglich eines Prozessmerkmals alle Anforderungen in Bezug auf die vorliegenden Erkrankungen und deren Folgen erfüllt sind.

Leichte Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn nicht alle Anforderungen erfüllt sind, aber alle für die vorliegenden Erkrankungen und deren Folgen unabdingbaren Anforderungen.

Deutliche Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn unabdingbare Anforderungen bezüglich eines Prozessmerkmals in Bezug auf die vorliegenden Erkrankungen und deren Folgen in einem geringen Umfang nicht erfüllt sind.

Gravierende Mängel: Diese Antwortkategorie „gravierende Mängel“ trifft zu, wenn unabdingbare Anforderungen in Bezug auf die vorliegenden Erkrankungen und deren Folgen in erheblichem Umfang nicht erfüllt sind.

Nicht relevant: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn ein Prozessmerkmal aufgrund von spezifischen Gegebenheiten des vorliegenden Falls keine klinische und sozialmedizinische Bedeutung hat. Sie trifft nicht zu, wenn die Angaben zu einem Prozessmerkmal fehlen oder unplausibel sind – es ist dann die Antwortkategorie „gravierende Mängel“ anzukreuzen.

3.2.2 Zusammenfassende Beurteilung der Mängel bezüglich der Bereiche A-E

Bei der zusammenfassenden Bewertung des jeweiligen Bereichs soll berücksichtigt werden, welchen Stellenwert die festgestellten Mängel bei den einzelnen Prozessmerkmalen im vorliegenden Fall für den Bereich hatten.

Keine Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn bei dem zu beurteilenden Bereich alle Anforderungen für alle Prozessmerkmale in Bezug auf den vorliegenden Fall erfüllt sind.

Leichte Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn zwar nicht alle Anforderungen an die Prozessmerkmale erfüllt sind, aber alle in Bezug auf den vorliegenden Fall unabdingbaren.

Deutliche Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn ein geringer Anteil der in Bezug auf den vorliegenden Fall unabdingbaren Anforderungen an die Prozessmerkmale nicht erfüllt ist.

Gravierende Mängel: Diese Antwortkategorie trifft zu, wenn ein erheblicher Anteil der in Bezug auf den vorliegenden Fall unabdingbaren Anforderungen an die Prozessmerkmale nicht erfüllt ist.

Werden auf der Ebene der Bereiche deutliche oder gravierende Mängel festgestellt, ist die Bewertung durch vorformulierte Erläuterungen zu begründen. Es können eine oder mehrere Begründungen angekreuzt werden. Diese sind den jeweiligen Bereichen zugeordnet. Die begründenden Texte sollen den Reha-Einrichtungen unterstützende Hinweise für eine Verbesserung der Reha-Prozesse geben.

3.2.3 Beurteilung der Bereiche mit Bewertungspunkten

Wie eingangs erläutert, sollen bei der zusammenfassenden Beurteilung der Bereiche auch Bewertungspunkte auf einer Skala von 0 („sehr schlecht“) und 10 („sehr gut“) vergeben werden. Diese ermöglichen den Peers eine über die Mängelbewertungen hinausgehende differenziertere Rückmeldung zu den einzelnen Bereichen. Bei der Vergabe der Bewertungspunkte ist zu berücksichtigen, welchen Stellenwert eventuell festgestellte Mängel bei den Prozessmerkmalen oder der zusammenfassenden Bewertung des Bereichs für eine fachgerechte Durchführung der Rehabilitation im konkreten Fall hatten.

3.2.4 Beurteilung des Reha-Prozesses insgesamt (Bereich F)

Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Reha-Prozesses. Diese soll auf dem Gesamteindruck bezüglich des dokumentierten Falls basieren und die festgestellten Qualitätsmängel berücksichtigen (vgl. Abschnitt 5.6).

4 Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale

E-Bericht-Nr.: < >

Gutachter: < >

Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale – Psychosomatik/Sucht

12. Auflage (2016)

Bereich A – Anamnese

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 2,
Gliederungspunkte 1 (Anamnese) und 2 (Sozialmedizinische Anamnese)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
A.1	Jetzige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2	Bisheriger Krankheitsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3	Bisherige Diagnostik und Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.4	Weitere reha-relevante Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.5	Krankheitsrelevante biographische Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.6	Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin/des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.7	Vegetative Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.8	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.9	Sozialversicherungsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.10	Beruflicher Werdegang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.11	Beschreibung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.12	Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.13	Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe in Beruf und Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs A – Anamnese

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, die für die Planung und Durchführung des Rehabilitationsprozesses relevant sind, wurden nicht ausreichend dargestellt.

Die genannten Kontextfaktoren (z. B. Risikofaktoren wie Alkoholkonsum und Stress; Ressourcen wie wichtige Bezugspersonen und soziale Integration) und die beschriebenen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe vermitteln keinen nachvollziehbaren Gesamteindruck der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden in ihrem/seinem Umfeld.

Der Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenen Belastungen und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Alltag und im Beruf ist nicht ausreichend dargestellt.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bereich B – Diagnostik

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 2

(„Anamnese“, „sozialmedizinische Anamnese“, „Aufnahmebefund, „Diagnostik während Rehabilitation“)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
B.1	Allgemeiner körperlicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2	Indikationsspezifischer Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.3	Therapierelevantes Modell zur Verursachung der Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.4	Interne und externe technische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs B – Diagnostik

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Der klinische Gesamtstatus der Rehabilitandin/des Rehabilitanden ist nach der orientierenden körperlichen und psychischen Befunderhebung nicht erkennbar.

Die beschriebenen reha-relevanten Beeinträchtigungen der Körperstrukturen und -funktionen sind nicht mit adäquatem Aufwand diagnostisch geklärt.

Die Diagnostik im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen orientiert sich nicht an der Klärung subjektiv angegebener Beeinträchtigungen bezogen auf Aktivität und Teilhabe.

Die gestellten Diagnosen sind durch Anamnese und Untersuchungsbefund nicht hinreichend fundiert.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bereich C – Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 1b, Blatt 2 („Reha-Prozess und -Ergebnis“)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
C.1	Individuelle Erwartungen der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.2	Vereinbarte individuelle Reha-Ziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.3	Therapien psychischer Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4	Therapien somatischer Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.5	Edukative Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.6	Dichte der Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.7	Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.8	Motivation und Kooperation der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.9	Rehabilitandenselbsteinschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.10	Beurteilung durch Ärztin/Arzt bzw. therapeutisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.11	Plausibilität der Entlassungsdiagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.12	Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs C – Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Die individuellen Reha-Ziele werden nicht umfassend, d. h. auf der psychischen, somatischen, funktionalen, sozialen (z. B. arbeitsbezogenen) oder edukativen Ebene formuliert.

Die individuellen Reha-Ziele beziehen sich nicht ausreichend auf die festgestellte individuelle Beeinträchtigung der Körperfunktionen, -strukturen und der Aktivität und Teilhabe.

Es werden rehabilitationsspezifische Behandlungsmaßnahmen, -aufgaben als individuelle Reha-Ziele genannt.

Die individuelle Situation der Rehabilitandin/des Rehabilitanden (in Bezug auf Motivation, Beeinträchtigung der Körperfunktionen, -strukturen sowie der Aktivität und Teilhabe, Risikokonstellationen und Krankheitsverarbeitung) wird zu wenig berücksichtigt.

Während der Rehabilitation eingesetzte Medikamente, Heil-, Hilfsmittel sind nicht ausreichend dokumentiert oder lassen keinen Bezug zum Reha-Verlauf erkennen.

Die medizinisch-berufliche Orientierung des Rehabilitationsprozesses (z. B. in der Psychotherapie, Ergotherapie, Patientenschulung) ist nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Maßnahmen zur Bewältigung aufgetretener Komplikationen sind nicht ausreichend dokumentiert oder unplausibel.

Vor dem Hintergrund der Therapieziele, durchgeführter Maßnahmen, Reha-Dauer und eventuell aufgetretener Komplikationen entsteht kein verständliches Bild des individuellen Reha-Verlaufs.

Dokumentierte Diskrepanzen zwischen der Einschätzung der Ärztin/des Arztes bzw. der Therapeutin/ dem Therapeuten und der Selbsteinschätzung der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden bei Rehabilitationsende werden nicht ausreichend thematisiert.

Die Abschlussuntersuchung stellt keinen Bezug zum Ausgangsbefund her.

Eine kritische Würdigung findet nicht statt.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bereich D – Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1a

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
D.1	Positives qualitatives Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.2	Negatives qualitatives Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.3	Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.4	Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.5	Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu ihrem/seinem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.6	Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs D – Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des qualitativen Leistungsvermögens und den Schädigungen von Körperfunktion, -strukturen bzw. der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe ist nicht ausreichend deutlich.

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des quantitativen Leistungsvermögens und den Schädigungen von Körperfunktion, -strukturen bzw. der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe ist nicht ausreichend deutlich.

Das Leistungsvermögen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden wird nicht mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit in Beziehung gesetzt.

Die Auswirkungen der Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren sind nicht differenziert genug dargestellt.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bereich E – Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, insbesondere Blatt 1 und Blatt 2 („Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen“)

		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant
E.1	Weitere Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.2	Nachfolgende Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusammenfassende Bewertung des Bereichs E – Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Bei deutlichen oder gravierenden Mängeln des Bereiches bitte Zutreffendes ankreuzen:

Empfohlene weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen sind medizinisch nicht indiziert.

Empfohlene weiterführende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen berücksichtigen nicht die individuelle Situation der Rehabilitandin/des Rehabilitanden.

Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht ausreichend schlüssig.

Indizierte Maßnahmen zur Reha-Nachsorge werden nicht empfohlen.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bereich F – Bewertung des gesamten Reha-Prozesses

Mängelbewertung:

keine
Mängel

leichte
Mängel

deutliche
Mängel

gravierende
Mängel

Die individuelle Problematik der Rehabilitandin/des Rehabilitanden wird aus dem Reha-Verlauf nicht deutlich. Eine individuelle Gestaltung des Reha-Prozesses ist nicht erkennbar.

Sonstiges

Bewertungspunkte:

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

sehr gut

sehr schlecht

Bearbeitungszeit: Minuten

Datum: . . **201**

5 Erläuterungen zu den qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen der Checkliste für die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

5.1 Bereich A – Anamnese

Die Anamnese muss so ausführlich sein, wie dies für das Verständnis des Einzelfalles erforderlich ist. Sie sollte ohne verkürzende Hinweise auf Vorgutachten oder sonstige medizinische Unterlagen wiedergegeben werden. Es müssen indikationsübergreifend und fachspezifisch persönliche Angaben der Rehabilitandin/des Rehabilitanden und ggf. auch Angaben Dritter deutlich werden, die eine klinische und sozialmedizinische Bedeutung für die reha-relevanten Beeinträchtigungen haben. Ein Zusammenhang zu bisherigen sowie aktuellen Therapiemaßnahmen soll erkennbar sein. Im Rahmen der Eigenanamnese sollen alle wesentlichen Erkrankungen und Unfälle (einschließlich Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle) sowie Beeinträchtigungen der Fähigkeiten in relevanten Lebensbereichen, die bedeutend für den Reha-Prozess und für die sozialmedizinische Beurteilung sind, berücksichtigt werden.

- vgl. Leitfaden zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht 2015: Kapitel 3 und 6
- vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1 und Blatt 2 (Freitext)

A.1 Jetzige Beschwerden

Zum Verständnis des Rehabilitationsanlasses müssen Angaben erkennbar sein über psychische und körperliche Befindlichkeitsstörungen, wie z. B.:

- aktuelle Beschwerden (subjektive Gewichtung, Zeitpunkt des Auftretens)
- Charakter der Beschwerden (Lokalisation, Belastungsabhängigkeit z. B. im Beruf, bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder im Haushalt, Reproduzierbarkeit, Chronifizierung)
- eine indikationsspezifische Beschwerdesymptomatik

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

A.2 Bisheriger Krankheitsverlauf

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, muss die Entwicklung der Krankheit bzw. der relevanten Symptome im Zeitverlauf anhand psychischer, psychosomatischer bzw. suchtanamnestischer Kriterien erkennbar sein, z. B.:

- Auftreten der ersten Beschwerden
- Stabilität, Progredienz (Häufigkeit, Intensität, Dauer)
- akut auslösende Ereignisse („Ereigniskette“), Komplikationen
- Beeinflussbarkeit durch bestimmte, persönlich ergreifbare Maßnahmen (außerhalb einer Therapie im engeren Sinn, vgl. A.3)
- Vorbereitung auf die Rehabilitation bei Suchterkrankungen

A.3 Bisherige Diagnostik und Therapie

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

- erfolgte reha-relevante psychosoziale, somatische, funktionelle Befunde und Diagnosen

- reha-relevante Befunde und Diagnosen aus vorangegangenen Gutachten
- frühere Aussagen zur Ätiologie
- bisherige und aktuelle medikamentöse Behandlungen mit Angabe der Dosierung, der Compliance, subjektiv empfundenen Wirkungen und Nebenwirkungen, allergische Reaktionen
- bisherige und aktuelle nicht-medikamentöse Behandlungen, inklusive Hilfsmittel, ggf. auch Ernährungstherapien, physikalische Therapien, Bewegungstherapien, Entspannungstechniken, psychotherapeutische Behandlungen mit Angaben zu Art, Häufigkeit und subjektiv empfundener Wirksamkeit
- Teilnahme des Patienten an Selbsthilfegruppen
- Krankenhausaufenthalte, medizinische Reha-Leistungen, Nachsorgemaßnahmen und deren Wirksamkeit
- Patientenschulungen und deren Wirksamkeit
- Operationen (Art, Zeitpunkt, Umfang), erreichter Effekt
- behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung)

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs wichtig, muss deutlich werden, warum keine therapeutischen Maßnahmen stattfanden.

A.4 Weitere reha-relevante Erkrankungen

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen ergänzende reha-relevante Erkrankungen, z. B.:

- Unfälle (einschließlich Arbeitsunfälle)
- Berufserkrankungen
- Komorbidität

bzw. reha-relevante medizinische Risikofaktoren erkennbar sein, z. B.:

- Diabetes mellitus
- arterielle Hypertonie
- Hyperlipidämie
- allergische Dispositionen

A.5 Krankheitsrelevante biographische Anamnese

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen subjektive krankheitsrelevante Angaben zur Biographie erkennbar sein, z. B.:

- krankheitsrelevante Belastungen in der Kindheit und im Jugendalter
- krankheitsrelevante Belastungen im Erwachsenenalter („life-events“)
- Hinweise zu weiterem Risikoverhalten (z. B. Nikotinabusus, weiterer Suchtmittelmissbrauch, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung oder gesundheitsgefährdender Sport)
- ggf. der Hinweis, dass keine relevanten Ereignisse vorliegen

A.6 Krankheitsverständnis und Informationsstand der Rehabilitandin/ des Rehabilitanden, Krankheitsverarbeitung

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

- Informationsstand und Aufklärungsgrad der Rehabilitandin/des Rehabilitanden
- subjektive Erklärung der Störungen und ihrer Kontrollmöglichkeit
- Annahmen zu Zusammenhängen mit dem subjektiven Krankheitsgefühl (z. B. Stress)
- Bewältigungsstrategien inklusive Ressourcen (z. B. autogenes Training, Psychotherapie)

A.7 Vegetative Anamnese

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, sollen in der vegetativen Anamnese bedeutsame vegetative Funktionen deutlich werden, wie z. B. Appetit, Schlaf (Schnarchen, Apnoe), Miktion, Stuhlgang, Gewichtsverlauf und Schweißausbrüche, sexuelle Dysfunktion.

A.8 Kontextfaktoren

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen Angaben erkennbar sein über Kontextfaktoren mit positiver (Förderfaktoren) oder negativer (Barrieren) Auswirkung auf Fähigkeiten und eine damit verbundene Beeinflussung der Teilhabe an individuell wichtigen Lebensbereichen (vgl. Anhang 1).

Beispiele für Kontextfaktoren:

- familiäre, partnerschaftliche Situation
- Anzahl, Alter der Kinder (insgesamt und im Haushalt lebend)
- Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung (z. B. eigener Haushalt/Alten- bzw. Pflegeheim, ambulante Pflege)
- soziale Situation (soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld, wie z. B. Pflege von Angehörigen)
- finanzielle Situation
- Freizeitverhalten

A.9 Sozialversicherungsrechtlicher Status

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, sollen beispielsweise deutlich werden:

- der derzeitige Erwerbsstatus (z. B. erwerbstätig, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Hausfrau bzw. Hausmann, EM-Rentner)
- laufende Sozialleistungsanträge, insbesondere Anträge auf berufliche Rehabilitation oder Rente wegen Erwerbsminderung
- laufende Sozialstreitigkeiten, Pflegestufe, Hilfsmittel, MdE bzw. GdB-Anerkennung

A.10 Beruflicher Werdegang

Bei Rehabilitand(inn)en im erwerbsfähigen Alter sollen Angaben erkennbar sein über:

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

A.11 Beschreibung des Arbeitsplatzes

Es muss das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit vorliegen. Nur wenn dieses exakt beschrieben ist, kann zum Abschluss der Rehabilitation das Fähigkeitsprofil des Versicherten mit dem Anforderungsprofil der Tätigkeit abgeglichen werden (vgl. Bereich D der Checkliste). Dieser Abgleich ist erforderlich für die Einschätzung der Einsatzfähigkeit der Rehabilitandin/des Rehabilitanden in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit.

Es werden in erster Linie Angaben der Rehabilitandin/des Rehabilitanden wiedergegeben. Sollten weitere Hinweise zum Anforderungsprofil vorliegen, beispielsweise in Form von betriebs- oder werkärztlichen Informationen, sollen diese deutlich werden.

Bei arbeitslosen Rehabilitand(inn)en soll das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit beschrieben werden.

Im Einzelnen werden bei diesem Merkmal Angaben erwartet zur:

- jetzigen Tätigkeit mit Arbeitsplatzbeschreibung (Angaben zu Gefährdungsmomenten)
- körperlichen, psychischen und sozialen Belastung am Arbeitsplatz
- Arbeitsorganisation, Erreichen des Arbeitsplatzes, Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- Betriebsgröße, betriebsärztlichen Versorgung, betrieblichen Gesundheitsförderung

A.12 Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Reha

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, muss eine Spezifizierung der auf Formblatt 1 im Ärztlichen Entlassungsbericht angegebenen Arbeitsunfähigkeitszeiten erkennbar sein:

- Diagnosen, Dauer, Frequenz von AU-Zeiten während der vergangenen 12 Monate vor der Rehabilitation
- derzeitige Arbeitsunfähigkeit mit Angabe der Diagnose und des Beginns

A.13 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in Beruf und Alltag

Erwartet wird eine Überleitung von der Schädigungsebene auf die Ebene der Beeinträchtigung von Fähigkeiten und der Beteiligung am Alltagsleben (Freizeit, Haushalt) sowie im Beruf. Subjektive Beschwerden der Rehabilitandin/des Rehabilitanden, die aus den Belastungen und Einschränkungen im Beruf und im Alltag entstehen, müssen deutlich werden. Was fällt schwer aus Sicht der Rehabilitandin/des Rehabilitanden? Liegen psychosoziale oder emotionale Einschränkungen vor?

Dies ist wichtig, weil die zu Beginn der Rehabilitation bestehenden Beschwerden und Einschränkungen ein Bezugspunkt für den subjektiven Behandlungserfolg sind.

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

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen Angaben über spezifische Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe erkennbar sein.

Beispiele für Aktivitätsbeeinträchtigungen:

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

Beispiele für Teilhabebeeinträchtigungen:

- Beeinträchtigungen der adäquaten Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z. B. formelle Beziehungen, Familie, Freundeskreis und intime Beziehungen)

- Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, z. B. Teilnahme am Vereinsleben)
- Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des häuslichen Lebens (z. B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben, Mahlzeiten zubereiten, sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken)

Es ist wichtig zu wissen, ob eine Kompensation vorhandener Beeinträchtigungen durch die Rehabilitandin/den Rehabilitanden möglich ist (z. B. durch Gehhilfe, Hörhilfe, Teilnahme an Selbsthilfegruppen).

Falls keine Beeinträchtigungen der Fähigkeiten und der Teilhabe feststellbar sind und dies für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs von Bedeutung ist, muss dies erkennbar sein.

5.2 Bereich B – Diagnostik

Der klinische Untersuchungsbefund soll sich nicht auf den indikationsspezifischen Bereich beschränken, sondern es muss zunächst orientierend ein Gesamtstatus offenkundig werden. Darüber hinaus soll ein auf reha-relevante Diagnostik begrenzter fachspezifischer Befund erkennbar sein. Je nach Bedarf sind eine angemessene Diagnostik und weitere Zusatzuntersuchungen erforderlich. Die klinisch-apparative Diagnostik soll sich am Rehabilitationsauftrag und -ziel orientieren und sich auf die für die Reha-Prozesse notwendigen differentialdiagnostischen Überlegungen beschränken. Eine darüber hinausgehende umfassende Diagnostik ist in der Regel nicht erforderlich. Es gilt "so viel wie nötig und so wenig wie möglich". Die Diagnostik sollte nicht als das Wichtigste der Rehabilitation erscheinen.

- vgl. Leitfaden zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht 2015: Kapitel 3 und 6
- vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1 und Blatt 2 (Freitext)

B.1 Allgemeiner körperlicher Befund

Indikationsübergreifend muss die medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung (z. B. körperlicher Status, Körperhaltung, neurologischer Status) erkennbar sein.

B.2 Indikationsspezifischer Befund

Zusätzlich sollen nach einer klinischen Allgemeinuntersuchung indikationsspezifische, reha-relevante Untersuchungen erkennbar werden.

Psychischer bzw. psychopathologischer klinischer Befund: Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, sollen folgende Aspekte erkennbar sein:

- Zusammenfassende Angaben (z. B. über äußeres Erscheinungsbild, Ausdrucks- und Sprachverhalten, Verhalten in der Untersuchungssituation, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Auffassungsgabe, Gedächtnis, Intelligenz, Empfinden und Wahrnehmen, Vorstellen und Denken, Affektivität, Antrieb, Handeln, Ich- und Realitätserleben)
- Aussagen zu Suizidalität
- ggf. Hinweise über Bagatellisierung oder Aggravation
- ggf. Hinweis auf Unauffälligkeit

Testpsychologische Untersuchungen: Im Bedarfsfall ergänzen und untermauern individuelle psychodiagnostische Verfahren die klinische Diagnostik.

Es muss erkennbar sein, dass die Ergebnisse in eine sinnvolle Beziehung zu den klinischen Befunden zu bringen sind. Es wird erwartet, dass psychodiagnostische Verfahren eingesetzt werden, falls:

- Anamnese, Befund und Verhaltensbeobachtungen nicht ausreichen, um zu einer klaren diagnostischen interaktionellen oder motivationalen Einschätzung zu kommen;
- arbeitsbezogene Probleme nicht ausreichend geklärt werden können.
- hirnorganische Leistungseinbußen bzw. neuropsychologische Defizite vorliegen – die testpsychologische Diagnostik muss Aussagen zum Intelligenz- und Leistungsbereich zulassen;
- eine exakte Hirnleistungsdiagnostik aus anderen Gründen sozialmedizinisch relevant ist;
- eine Veränderungsmessung erforderlich ist.

B.3 Therapierelevantes Modell zur Verursachung der Symptomatik

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, wird bei diesem Merkmal erwartet, dass Ursachen und Hintergründe der vorliegenden psychischen Störung soweit erkennbar werden, dass sich daraus therapeutische Vorgehensweisen ableiten lassen. Hier können sowohl psychodynamische als auch bedingungsanalytische bzw. lerntheoretische Aspekte einfließen.

B.4 Interne und externe technische Untersuchungen

Unter „interne technische Untersuchungen“ sind fachabteilungsinterne Untersuchungen zu verstehen wie Labor- und apparative Untersuchungen, z. B. Röntgen, Sonographie oder Echokardiographie.

Unter „externe technische Untersuchungen“ sind reha-relevante Untersuchungen aus anderen Fachgebieten bzw. Fachabteilungen zu verstehen. Erforderlich sind nur Untersuchungen, die für das Erreichen des Reha-Ziels relevant sind.

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen die Begründung und das Ergebnis technischer Untersuchungen nachvollziehbar erkennbar sein. Die Untersuchungen müssen zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich sein.

5.3 Bereich C – Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis

Während das umfassende Ziel der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung auf den Verbleib und die Rückkehr ins Erwerbsleben ausgerichtet ist, orientieren sich die individuellen Reha-Ziele an den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen. Die individuellen Reha-Ziele, um die es während der Rehabilitation geht, werden umfassend verstanden, d. h. sie können sich auf die funktionale, somatische, psychische, soziale und edukative Ebene beziehen und orientieren sich an den reha-relevanten Diagnosen. Es muss bei den individuellen Reha-Zielen erkennbar sein, dass sie auf der Basis der festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen formuliert wurden, z. B. bezogen auf Schmerz, Körperfunktion, Allgemeinzustand, Veränderungen im Medikamentengebrauch, Risikofaktoren und Leistungsvermögen im Erwerbsleben. Wesentlich ist, dass realistische Einzelziele einerseits aus Sicht der Ärztin/des Arztes und andererseits aus Sicht der Rehabilitandin/des Rehabilitanden deutlich werden. Sie sollen sich an der individuellen im Vordergrund stehenden Problematik der Rehabilitandin/des Rehabilitanden orientieren, seine Fähigkeiten und Stärken einbeziehen und in einem überschaubaren Zeitrahmen auch hinsichtlich der Anzahl erreichbar sein.

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells sollen Behandlungsmaßnahmen erkennbar sein, die unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele die unterschiedlichen Ebenen der ICF integrieren (vgl. Anhang 1). Bei der Bewertung sind Angaben aus dem Formblatt 1b und dem Freitext des Ärztlichen Entlassungsberichtes zu berücksichtigen. Etwaige Kontraindikationen der Behandlung müssen beschrieben sein.

- vgl. Leitfaden zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht 2015: Kapitel 5 und 6
- vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1b und 2 (Freitext)

C.1 Individuelle Erwartungen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden

Unter Verwendung möglichst individueller Formulierungen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden muss beispielsweise erkennbar sein, dass

- die individuellen Erwartungen und Ziele der Rehabilitandin/des Rehabilitanden beschrieben sind;
- die Ziele mit der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden (ggf. mit den Angehörigen) besprochen sind, wobei die Erwartungen des Rehabilitanden hinsichtlich der Rehabilitation berücksichtigt werden;
- auf etwaige Unterschiede zwischen den Zielen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden und den Zielen der Ärztin/des Arztes bzw. der Therapeutin/Therapeuten hingewiesen wird.

C.2 Vereinbarte individuelle Reha-Ziele

Es muss deutlich sein, dass die individuellen Reha-Ziele unter Berücksichtigung der Anamnese und objektiv erfasster Fähigkeitsstörungen im Rahmen klinischer Befunde, der Diagnostik von psychosozialen und psychosomatischen Störungen sowie technischen Untersuchungen angemessen und plausibel sind. Es dürfen keine Behandlungsaufgaben und -maßnahmen als Ziele genannt sein. Ziele sollen ausreichend spezifisch formuliert sein und es dürfen keine Globalziele (z. B. allgemeine Angabe „Lebensstiländerungen“) genannt sein.

C.3 Therapien psychischer Beeinträchtigungen

Psychisch orientierte Behandlungsmaßnahmen zielen primär auf die Beeinflussung psychischer Störungen mit Auswirkung auf Fähigkeiten und die damit verbundene Beeinträchtigung der Teilhabe ab. Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, sind vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells die Behandlungsmaßnahmen so zu gestalten, dass sie auf der Ebene der Körperfunktion, der Ebene der Aktivität und der Ebene der Teilhabe wirksam werden (vgl. Anhang 1). Im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation sollen die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar sind, auch genutzt werden. (z. B. Kontaktaufnahme mit Betriebsärzt(inn)en, Belastungserprobung am Arbeitsplatz, Angehörigenberatung, Abstimmung der Nachsorgeempfehlungen mit den Hausärzt(inn)en, Einbeziehung von Sozialstationen und Integrationsfachdiensten).

Bei den psychisch orientierten Therapien soll deutlich werden, dass

- die Maßnahmen, die angezeigt sind, auch im erforderlichen Umfang durchgeführt werden;
- im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar sind, auch genutzt werden.

Beispiele für Aktivität und Teilhabe orientierte Behandlungen:

Indikationsspezifische psychologische Gruppenarbeit, Gruppenpsychotherapie, Freizeitkompetenztraining, Projektarbeit, Sport-, Bewegungs- und Erlebnistherapie, Ergo- und Kreativtherapie, Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie, externe Belastungserprobung, Angehörigengruppe, Angehörigengespräche, Bewerbertraining, EDV-Schulung, Sozialberatung, Berufsberatung, Arbeits- und Berufspraktika, Gespräch mit Arbeitgeber(inne)n.

C.4 Therapien somatischer Beeinträchtigungen

Somatisch orientierte Behandlungsmaßnahmen zielen primär auf die Beeinflussung der Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen ab. Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, muss vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells erkennbar sein, dass die Behandlungsmaßnahmen so gestaltet sind, dass sie auch auf den Ebenen der Fähigkeiten und der Teilhabe wirksam sind.

Bei den somatisch funktional orientierten aktivitäts- und teilhabebezogenen Behandlungsmaßnahmen muss deutlich werden, dass

- Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden, die indiziert sind und bei somatischer Beeinträchtigung die allgemeinen Fähigkeiten verbessern helfen;
- die somatischen Behandlungsmaßnahmen (z. B. ärztliche Therapie, Physiotherapie, Sport- und Bewegungs-, Ergo-, Ernährungstherapie), die angezeigt sind, auch im erforderlichen Umfang durchgeführt werden.

Beispiele für funktionell orientierte Behandlungen:

Manuelle Therapie zur Verbesserung des Bewegungsumfangs eines Gelenkes, Sporttherapie zur Kräftigung einer Muskelgruppe, Bewegungstherapie zur Verbesserung der kardialen Belastbarkeit

Beispiele für Aktivität und Teilhabe orientierte Behandlungen:

Physiotherapie zur Verbesserung der Gehfähigkeit, Ergotherapie zur Verbesserung der Fähigkeiten des Anziehens oder der Nahrungsaufnahme

C.5 Edukative Leistungen

Edukative Leistungen zielen auf die Beeinflussung des veränderbaren Risikoverhaltens (negativen Kontextfaktoren) im Sinne der ICF ab (vgl. Anhang 1). Durch die angewandten Maßnahmen wird primär das Gesundheitsverhalten ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen verbessert.

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, soll erkennbar sein, dass indizierte edukative Leistungen wie Gesundheitsbildung und ein krankheitsspezifisches Gesundheitstraining im erforderlichen Umfang durchgeführt werden.

Beispiele:

Psychoedukative Gruppe, Gesundheitsschulungen, Ernährungsberatung, krankheitsspezifische Gesundheitsbildung, Training der Aktivitäten des täglichen Lebens

C.6 Dichte der Therapien

Neu: Temporär werden keine individuellen Wochentherapiepläne in das Peer Review-Verfahren einbezogen. Das Merkmal wird anhand der vorliegenden Angaben im Entlassungsbericht (KTL, Freitext) beurteilt.

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, muss erkennbar sein, dass die Dichte der Behandlungsmaßnahmen auf die spezifische Problematik und Belastbarkeit der Rehabilitandin/des Rehabilitanden abgestimmt ist.

C.7 Besonderheiten im Rehabilitationsverlauf

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen unter Berücksichtigung besonderer Problemlagen

- berufliche Belastungen der Rehabilitandin/des Rehabilitanden berücksichtigt sein und falls notwendig, ein beruflich orientiertes Reha-Assessment stattgefunden haben und diesbezüglich Angaben zum Reha-Verlauf vorliegen;
- etwaige Umstellungen des therapeutischen Vorgehens begründet sein.
- erkennbar sein, dass Sozialberatungen, die angezeigt sind, auch durchgeführt wurden (z. B. bzgl. der Teilhabe am Arbeitsleben, der Teilnahme an Selbsthilfegruppen, der Inanspruchnahme von Pflege, bzgl. problematischer Wohnsituation);
- etwaige Komplikationen genannt sein;
- die Ursachen für eine eventuelle Reha-Verlängerung ersichtlich sein.

C.8 Motivation und Kooperation der Rehabilitandin/des Rehabilitanden

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, soll die Motivation und Kooperation der Rehabilitandin/des Rehabilitanden bezüglich des Reha-Geschehens erkennbar sein. Die Auswirkungen einer eingeschränkten Motivation und Kooperation sollen diskutiert sein.

Falls für das Verständnis des Gesamtzusammenhangs erforderlich, müssen Angaben der Zugangswege zur Rehabilitation erkennbar sein:

- Eigeninitiative, Anregung durch behandelnde(n) Ärztin/Arzt, Akutklinik, Krankenkasse, z. B. § 51 SGB V
- Anregung durch den Rentenversicherungsträger („Reha vor Rente“, abgelehnter Rentenantrag, Widerspruch, Klageverfahren)

C.9 Rehabilitandenselbsteinschätzung

Zur Bewertung des Reha-Verlaufs und der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung muss die Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu den erreichten Therapiezielen und zum Reha-Ergebnis deutlich werden.

C.10 Beurteilung durch Ärztin/Arzt bzw. therapeutisches Personal

In der Zusammenschau des Reha-Verlaufs muss deutlich werden, dass

- der Befund bei der Abschlussuntersuchung stimmig erhoben ist;
- bei allen relevanten Aspekten des Gesundheitsstatus (somatisch, funktional, psychisch, sozial, edukativ) Angaben über die während der Reha-Maßnahme eingetretenen Veränderungen gemacht sind;
- eventuelle Diskrepanzen zum Urteil der Rehabilitandin/des Rehabilitanden erläutert sind;
- der Befund der Abschluss- mit dem der Aufnahmeuntersuchung verglichen ist.

C.11 Plausibilität der Entlassungsdiagnosen

Es muss erkennbar sein, dass die gestellten Diagnosen vor dem Hintergrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde nachvollziehbar sind. Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden der Rehabilitandin/des Rehabilitanden und den erhobenen Befunden sollen diskutiert werden.

C.12 Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse

Im Reha-Verlauf müssen zusammenfassend kritisch gewürdigt werden

- die beobachteten relevanten individuellen Aspekte
- die Ergebnisse bezogen auf die Therapieziele
- ausbleibende oder negative Reha-Effekte

5.4 Bereich D – Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

Für Rehabilitand(inn)en im erwerbsfähigen Alter muss eine erwerbsbezogene Leistungsbeurteilung (Merkmale D1 bis D6 der Checkliste) durchgeführt werden. Bei der sozialmedizinischen Epikrise müssen alle relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit berücksichtigt sein (vgl. Anhang 1). Unter Beachtung der auf Blatt 1a, in der Anamnese oder auch an anderer Stelle dokumentierten Daten muss die Leistungsfähigkeit in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit quantitativ beurteilt werden. Dies erfolgt durch einen Abgleich des vorhandenen Fähigkeitsprofils mit dem besonderen Anforderungsprofil der letzten Tätigkeit. Dasselbe gilt für die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es muss erkennbar sein, inwieweit qualitative, krankheitsbedingte Einschränkungen sich auf das Leistungsvermögen auswirken (vgl. Merkmale A8–A13, C9–C11 in der Checkliste).

Ist durch eine zeitnah bevorstehende medizinische oder andere therapeutische Intervention eine Verbesserung des Leistungsvermögens zu erwarten, so muss eine Darstellung des dann zu erwartenden Leistungsvermögens erfolgen.

- vgl. Leitfaden zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht 2015: Kapitel 4 und 6
- vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1, 1a und 2 (Freitext)

D.1 Positives qualitatives Leistungsvermögen

Die Beschreibung des positiven Leistungsvermögens fasst die maximale Belastbarkeit hinsichtlich der Arbeitsschwere, der Arbeitshaltung und der Arbeitsorganisation zusammen. Sie ist für alle Rehabilitand(inn)en im erwerbsfähigen Alter relevant, sofern das Leistungsvermögen nicht vollständig aufgehoben ist.

D.2 Negatives qualitatives Leistungsvermögen

Bei der Beschreibung des negativen Leistungsvermögens müssen Art und Ausmaß der Funktionseinschränkungen deutlich werden, ebenso wie die krankheitsbedingten Einschränkungen gegenüber beruflichen Gefährdungs- und Belastungsfaktoren. Die diesbezüglichen Angaben müssen vor dem Hintergrund des Reha-Verlaufs nachvollziehbar sein.

Die qualitative Beurteilung muss erfolgen, wenn trotz quantitativ voll oder teilweise erhaltenen Leistungsvermögens bestimmte körperliche, geistige oder seelische Einschränkungen der Leistungsfähigkeit vorliegen.

D.3 Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens für die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bezüglich der letzten beruflichen Tätigkeit muss

- Aussagen erkennen lassen, in welchem zeitlichen Umfang diese Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann.
- etwaige zeitliche Einschränkungen begründen.
- den Beginn einer quantitativen Einschränkung erkennen lassen.

D.4 Quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Eine quantitative Beurteilung des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt muss immer erfolgen.

Für das Verständnis und die Bewertung der quantitativen Beurteilung ist wichtig, dass

- der zeitliche Umfang, in dem eine berufliche Tätigkeit entsprechend dem vorhandenen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann, angegeben ist;
- der Beginn einer quantitativen Einschränkung erkennbar ist.

D.5 Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu ihrem/seinem Leistungsvermögen

Bei diesem Merkmal sollen folgende Angaben für die sozialmedizinische Beurteilung deutlich werden:

- die Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens durch den oder die Betroffene(n)
- etwaige Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung und der Einschätzung durch die Ärzt(inn)e(n) und Therapeut(inn)en

D.6 Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung

Bezüglich dieses Merkmals soll deutlich werden, dass

- die sozialmedizinische Beurteilung unter Berücksichtigung von Anamnese, Diagnostik und erzieltm Reha-Ergebnis plausibel ist;
- die Folgen der Erkrankung(en) auf die allgemeinen Fähigkeiten deutlich werden;
- ggf. auf Pflegebedürftigkeit, gesetzliche Betreuung, Fahrtauglichkeit etc. eingegangen wird.

5.5 Bereich E – Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

Nachsorgeempfehlungen müssen nachvollziehbar begründet sein. Sie richten sich an weiterbehandelnde Ärzt(inn)e(n) oder andere Therapeut(inn)en, aber auch an die Rehabilitandin/den Rehabilitanden selbst oder den zuständigen Rentenversicherungsträger.

- vgl. Leitfaden zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht 2015: Kapitel 1.4, 3 und 6
- vgl. Ärztlicher Entlassungsbericht, Blatt 1, 1a und 2 (Freitext)

E.1 Weitere Diagnostik

Falls für den Verlauf relevant, sind Angaben zu den diagnostischen Maßnahmen erforderlich, die nach der Entlassung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden durchgeführt werden sollen.

E.2 Nachfolgende Leistungen

Zu den empfohlenen nachsorgenden Leistungen müssen folgende Angaben vorhanden sein:

- Empfehlungen für weiterbehandelnde Ärzt(inn)e(n)/Therapeut(inn)en bzw. psychosoziale Einrichtungen (z. B. Adaptionseinrichtung) ggf. mit Angaben
 - zum Setting (ambulant, stationär)
 - zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen und medikamentöser Behandlungen
 - zu Dauer, Häufigkeit und Dosis der Therapie/Medikation
- Empfehlungen für Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratungsstellen

- Gründe für eine empfohlene Änderung der bisherigen Therapie
- Empfehlungen für Rehabilitationssport bzw. strukturierte Reha-Nachsorgeleistungen (z. B. IRENA, ARENA, MARENA, INA, Curriculum Hannover, Suchtnachsorge, stufenweise Wiedereingliederung mit Hinweisen zu bereits durchgeführten Initiativen)

Falls für die Rehabilitandin/den Rehabilitanden weitere Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft relevant sind, müssen Angaben erkennbar sein, z. B. zur

- Förderung einer dauerhaften körperlichen Aktivierung
- Umsetzung von Hilfsmittlempfehlungen
- Organisation der häuslichen Versorgung mit konkreten Hilfestellungen wie Nennung der Adressen von Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen
- Vermittlung eines individuellen häuslichen Übungsplanes

E.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wenn eine Einschränkung der Teilhabe oder eine erhebliche Gefährdung des Leistungsvermögens bezüglich der letzten beruflichen Tätigkeit vorliegt und dieser Entwicklung durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entgegengewirkt werden kann, müssen folgende Angaben deutlich werden:

- Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Hinweise auf Beratung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden über die empfohlenen Maßnahmen
- Mitteilung über eine bereits eingeleitete oder empfohlene stufenweise Wiedereingliederung

5.6 Bereich F – Bewertung des gesamten Reha-Prozesses

Zuletzt soll die Qualität des gesamten Reha-Prozesses merkmals- und bereichsübergreifend bewertet werden. Dabei muss berücksichtigt werden, welchen Stellenwert die festgestellten Mängel für eine fachgerechte Durchführung der gesamten Rehabilitation und die sozialmedizinische Beurteilung hatten. Ausgehend von einem klar erkennbaren Beeinträchtigungsbild sollen der Reha-Verlauf, eine aus Arzt- und Patientensicht abgegebene epikritische Bewertung und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung schlüssig und nachvollziehbar sein.

Ein positives Votum („keine“ oder „leichte Mängel“) ist angebracht, wenn:

- die Unterlagen ein klares, verständliches Bild der rehabilitierten Person in Hinblick auf bestehende Beeinträchtigungen, die beruflichen und privaten Rahmenbedingungen etc. zeichnen;
- der Rehabilitationsverlauf für den konkreten Fall adäquat sowie schlüssig und nachvollziehbar dokumentiert ist;
- aus ärztlicher und Patientensicht ein epikritisches Urteil einschließlich der Einschätzung des sozialmedizinischen Leistungsvermögens deutlich wird.

Anhang 1:

Erläuterungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

→ Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 2 für stationäre Rehabilitationseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2016¹

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sogenannten Referenz-Klassifikationen:

- ICD – die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF – die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI – die Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung². Meilenstein auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation).

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten einschließlich der Aktivitäten und Teilhabe. Dabei schafft sie u.a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, den Sozialleistungsträgern, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Der Begriff Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsprobleme werden z. B. Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz bezeichnet. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischer Weise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD 10 erfasst bzw. klassifi-

¹ Im Internet abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PL.ICF2.web.pdf>

² <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>

ziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

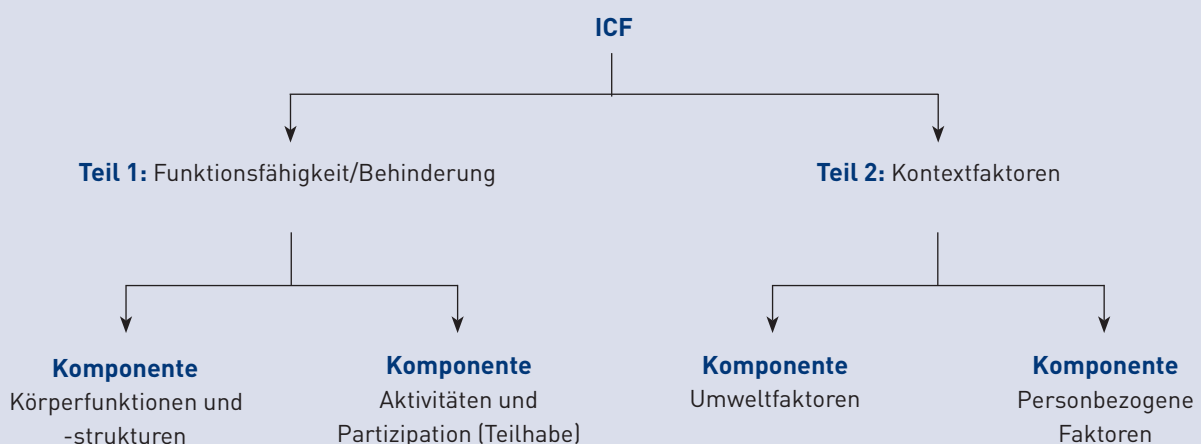
Die Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff Kontextfaktoren und untergliedert in die Komponenten umwelt- und personbezogene Faktoren.

Abbildung 1: Struktur der ICF



Quelle: BAR 2016, S. 12

Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden. Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe.

Die einzelnen Komponenten der ICF sind untergliedert in verschiedene Kapitel („Domänen“) mit jeweils mehreren Gliederungsebenen. Sie werden folgendermaßen beschrieben:

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktion werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu. Unter Körperstrukturen versteht

man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. Tabelle 1 listet die von der WHO vorgesehene Kapiteileinteilung in der Untergliederung der ersten Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Körperfunktionen	Kap.	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt. Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und -strukturen als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege. Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenseins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
1	Lernen und Wissensanwendung (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3	Kommunikation (z. B. Kommunizieren als Empfänger, -als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4	Mobilität (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5	Selbstversorgung (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6	Häusliches Leben (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8	Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren). Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d. h. sie können für eine betroffene Person einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, und/oder Medikamenten und sowie Sozialeleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Leistungserbringern, fehlende soziale und finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

Kap.	Umweltfaktoren (Kapitel der ICF)
1	Produkte und Technologien (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte)
2	natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
3	Unterstützung und Beziehung (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
4	Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
5	Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik)

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen sozio-kulturellen Unterschiedlichkeit in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielhaft werden aber einige wenige Items von der WHO aufgelistet:

„Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.“

Legt man diese zugrunde, könnte man sich unter den personenbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von Allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren über

- Physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz- Kreislauftaktoren),
- mentalen Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person bis hin zur
- Lebenslage und sozioökonomische/kulturelle Faktoren.

Andere Gesundheitsfaktoren, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personenbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind (Grotkamp, Cibis, Nüchtern et al., Gesundheitswesen 2012, zit. nach BAR 2016, S. 16).

Auch die personbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann beispielsweise eine optimistische

Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

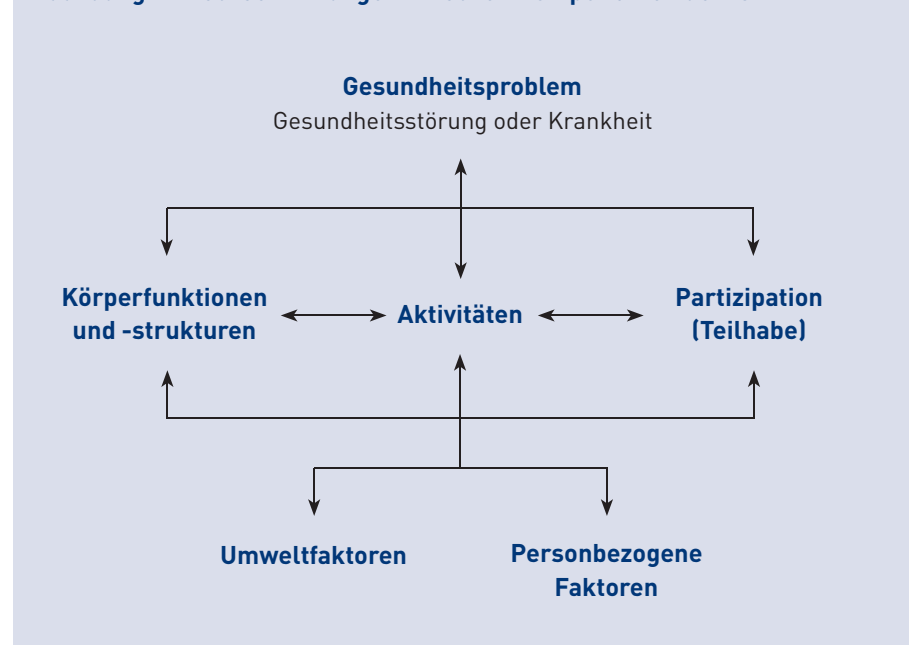
Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen (Abb. 2) verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist.

Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- bei der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen Komponenten der ICF



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen des gleichen Lebensalters erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen des gleichen Lebensalters erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor. Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen möchten. Die mit Hilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.

Anhang 2: Literaturhinweise

BAR (Hrsg.) (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. 2. überarbeitete Auflage, Frankfurt/Main.

Baumgarten E (2015): Tagungsbericht der 9. Info-Veranstaltung zur Reha-QS für Gutachter im Peer Review Verfahren. RVaktuell, Jg. 62, Heft 5/6, S. 133–135.

Beckmann U, Widera, T (2014): Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. In: Schmid-Ott, G, Wiegand-Grefe, S, Jacobi, C, Paar, G, Meermann, R, Lamprecht, F (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik. 2. Auflage, Stuttgart. S. 473–492.

Beckmann U, Grünbeck P, Naumann B, Klosterhuis H (2009): Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Sucht-Rehabilitation. Sucht aktuell, Jg. 16, Heft 2, S. 29–34.

Buchholz I, Lindow B, Baumgarten E, Klosterhuis H, Kohlmann Th (2014): Analysen zu den methodischen Skaleneigenschaften der Checklisten Somatik und Psychosomatik/Sucht im Peer-Review Verfahren der DRV. In: Physikalische Medizin, Jg. 24, S. 313–320.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015 a): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015 b): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin

Jäckel W H, Maier-Riehle B, Protz W, Gerdes N (1997): Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitation, Jg. 36, Heft 4, S. 224–232.

Kawski S, Dorenburg U, Beckmann U (2000): Prozessqualität in der stationären Suchttherapie. Suchttherapie, Jg.1 Heft 3, S. 126–136.

Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U, Erbstößer S, Lindow B, Naumann B, Widera T, Zander J (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, S. 356–367.

Naumann B, Bonn V (2016): Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. Jahrbuch Sucht 2016 der DHS, S. 200–216.

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health: Short Version: ICF.

Notizen



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität