

Psychische Komorbidität? – Dokumentation psychopathologischer Befunde, Anamnese, sowie Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Entlassungsberichten aus der somatischen Rehabilitation

Ruth Hütte¹ & Beate Muschalla²

¹Universität Potsdam, Institut für Psychologie

²Technische Universität Braunschweig, Psychotherapie und Diagnostik

Kurzfassung

Psychische Komorbidität ist – bei vergleichsweise hohem Anteil jährlicher Neuberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen – ein zunehmend bedeutsames Thema auch im Rahmen der somatischen Rehabilitation. Psychische Beschwerden und Beeinträchtigungen sollen in somatischer und verhaltensmedizinisch orientierter Rehabilitation (VOR) in der Befundung und für die Weichenstellung in der Behandlung mitberücksichtigt werden. Dies schließt auch ein, dass die psychischen Befunde im Reha-Entlassungsbericht nachvollziehbar und präzise dokumentiert werden. Im Rahmen dieser qualitativen Pilotstudie wurde die Qualität der Befund- und Sozialmedizin-Dokumentationen aus Reha-Entlassungsberichten untersucht. Dafür wurden 42 zufällig ausgewählte Entlassungsberichte aus zehn somatischen Rehabilitationskliniken durch eine Psychotherapeutin mit mehr als zehnjähriger Erfahrung im Bereich der sozialmedizinischen Befundung in der Rehabilitation, und eine trainierte Coraterin qualitativ untersucht. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring konnten Kategorien in den Bereichen „psychopathologischer Befund“, „Anamnese“ sowie „Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ entwickelt werden, die die verschiedenen Gründe bei Fällen von suboptimaler Berichtsqualität systematisieren.

Als qualitative Probleme wurden Unstimmigkeiten in Befunden, nicht ausreichende Begründungen für die Attestierung psychischer Erkrankungen, unkommentierte Übernahme von Vordiagnosen, und sozialmedizinische Einschätzungen ohne ausreichende Berücksichtigung von Beobachtungsbefunden identifiziert. In Bezug auf die sozialmedizinische Nutzbarkeit von Rehaentlassungsberichten erscheint für die Zukunft vor allem die weitere Optimierung nachvollziehbarer Verbindungen zwischen psychischem Befund, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Bedeutung. Diese Anforderung erfüllen zu können setzt entsprechende strukturelle Bedingungen voraus, d.h. neben Fachqualifikationen auch (dokumentierbare) Zeitkapazitäten zur Behandlungskoordination.

In Fortbildungen und Dokumentation therapeutischer Leistungen sollte die interdisziplinäre Kommunikation im Behandlersteam und Entlassungsberichtskoordination Berücksichtigung finden.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung, Befund, psychische Erkrankungen, verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation, Komorbidität

Tricky aspects in documentation of psychopathology, anamnesis, and work ability in medical reports from somatic rehabilitation

Abstract

Mental health problems are a relevant topic in behavior-medicine somatic rehabilitation (German concept: verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation VOR). They are considered in setting the course of treatment and diagnostics including the social-medicine epicrisis. Therefore the medical findings need to be documented precisely and comprehensible in the medical report.

This qualitative study investigated 42 medical reports from somatic rehabilitation clinics concerning the quality of medical findings, i.e. psychopathological report and anamnesis of mental health problems, as well as social-medicine epicrisis. The social-medicine epicrisis includes the present work ability and long-term working capacity over the next six months.

The medical reports were read and rated by a social-medicine specialist with more than ten years of experience in social-medicine diagnostics and reporting, and a corater who underwent a thorough training in social-medicine reporting for mental health problems.

Typical qualitative problems in the medical reports were inconsistencies in findings, report of mental disorder diagnosis (F-diagnosis) without commenting or explanation (e.g. diagnosis only taken over from earlier reports), or social-medicine epicrisis without sufficient consideration of behavior observation findings (i.e. only the patient's self-report or psychometric tests and questionnaires were considered).

Social-medicine training can focus on improvement of these aspects. Also, working conditions in the clinic must ensure enough space for treatment coordination in the rehabilitation team and writing the medical report.

Keywords

Quality assurance, mental disorders, behavior medical treatment, comorbidity

1 Sozialmedizinische Beurteilung in der somatischen Rehabilitation

Die Sozialmedizin beschreibt die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum, Gesellschaft, sowie Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens (Muschalla & Linden, 2011). Eine wichtige sozialmedizinische Aufgabe in der medizinischen Rehabilitation ist die Klärung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und die Weichenstellung für die weitere Behandlung. Hierbei spielt im Sinne der ganzheitlichen Diagnostik auch bei somatischen Erkrankungen die Berücksichtigung (zusätzlicher) psychischer Problemlagen eine wichtige Rolle. Dies betrifft auch den sozialmedizinischen Befund im Reha-Entlassungsbericht, d.h. die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eines Patienten. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Patient aufgrund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr, oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben kann (AU-Richtlinie, GBA, 2014). Dabei fokussiert sich die Arbeitsunfähigkeit auf den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten. Die Leistungsfähigkeit bezieht sich auf das prognostisch zu erwartende maximale Leistungsvermögen einer Person bezüglich Aktivität und Teilhabe (DRV, 2013). Es geht hierbei um eine Einschätzung für den allgemeinen Arbeitsmarkt und berücksichtigt die voraussichtliche Entwicklung der Krankheit im Zeitraum von sechs Monaten nach der Rehabilitationsbehandlung.

Sozialmedizinische Befundung und Beurteilung sollte auch Möglichkeiten zur Unterstützung und Verbesserung der psychosozialen Entwicklung für den jeweiligen Patienten erkennen lassen. Neben der reinen Leistungsfähigkeitsbeurteilung können hier auch kontextorientierte Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden, bspw. das stufenwei-

se Heranführen an die volle Arbeitsbelastung (§ 44 SGB IX; DRV, 2014), oder im Fall aufgehobener Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 SGB IX).

Erhoben werden die benötigten Daten für diese Beurteilung durch eine sozialmedizinische Untersuchung, die Beobachtungen in der Klinikroutine durch alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen, sowie Beobachtungen in definierten Test- oder Belastungssituationen. Beobachtungen dienen der Informationsgewinnung und auch der Konsistenzprüfung, inwieweit subjektiven Angaben des Patienten objektive Leistungsbeeinträchtigungen zugrunde liegen (Bengel & Mittag, 2016). Im ersten Schritt wird eine Krankheits- und Behandlungsanamnese erhoben. Dies dient vor allem dazu, Informationen über Schwere und Chronifizierung der Krankheit zu erhalten. Außerdem werden Ressourcen und Barrieren im Umgang mit der Krankheit ermittelt. Anschließend wird eine sozialmedizinische Anamnese festgehalten. Hierbei sollen Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen sowie der Umgang des Patienten mit diesen benannt werden. Es sollen sowohl Bereiche des Arbeits-, als auch des Privatlebens exploriert werden. Es hat sich außerdem gezeigt, dass die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit durch den Patienten Berücksichtigung finden sollte, da diese empirisch eine hohe prädiktive Validität für die Rückkehr an den Arbeitsplatz hat (Bengel & Mittag, 2016). Schließlich werden die subjektiven Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der ICF (WHO, 2001) exploriert. Beispiele für psychisch relevante Fähigkeitsdimensionen sind Gruppenfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (Muschalla, 2013; Bengel & Mittag, 2016).

Wichtig für eine nachvollziehbare sozialmedizinische Epikrise im Reha-Entlassungsbe-

richt ist auch eine möglichst genaue Beschreibung der Anforderungen des Arbeitsplatzes des Patienten. Nur so kann eine schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit stattfinden. Es ist dann zu beschreiben, welche Aspekte der Arbeit der Patient in Zukunft krankheitsbedingt, z.B. in Folge dauerhaft verminderter psychischer Belastbarkeit, nicht mehr bewältigen kann (negatives Leistungsvermögen). Es sollen auch die Ressourcen und Fähigkeiten im Blick behalten werden, die noch bestehen (positives Leistungsvermögen) (DRV, 2012).

Ein Arzt oder approbierter Psychologe muss also einen psychopathologischen Befund erheben, die Fähigkeitsbeeinträchtigung beschreiben, die daraus hervorgehen, die Arbeitsplatz-Rollenanforderungen explorieren und diese dann miteinander abgleichen (Muschalla, 2013). Psychopathologischer Befund, Anamnese und sozialmedizinische Epikrise hängen demnach eng miteinander zusammen und bilden so die Grundlage für Empfehlungen oder Interventionen im weiteren Behandlungsverlauf.

2 Der Reha-Entlassungsbericht

Im Reha-Entlassungsbericht werden Diagnostik, Therapieverlauf, Rehabilitationsergebnisse und die sozialmedizinische Einschätzung der Erwerbsfähigkeit festgehalten. Neben dem Zweck der Informationsweitergabe und Vernetzung von behandelnden Ärzten, Rentenversicherungsträger und Patient ist der Reha-Entlassungsbericht Gutachten zur Frage der Erwerbsfähigkeit. Er stellt eine wichtige Entscheidungsgrundlage dar bei Erwerbsunfähigkeitsrenten-Beantragungen, bis hin zu sozialgerichtlichen Entscheidungen. Der Reha-Entlassungsbericht ist darüber hinaus Qualitätsindikator. Er spiegelt (auch) die Arbeitsweise der Reha-Einrichtung und deren Reha-Konzept wider und stellt so einen Baustein für das Qualitätsmanagement dar.

Der Entlassungsbericht gliedert sich in sechs Teile (DRV, 2015a). In der Anamnese wird über akute Beschwerden des Patienten berichtet und der bisherige Erkrankungsverlauf, Diagnostik und Therapie zusammengefasst. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der gesamten Diagnostik während der Rehabilitation. Dies umfasst einen allgemeinen körperlichen Befund, interne und externe apparative Untersuchungen, sowie einen indikationsspezifischen Befund. Der dritte Teil beschreibt Reha-Ziele, den Verlauf und die Ergebnisse der Rehabilitation. In der „sozialmedizinischen Epikrise“ sind Aussagen zur letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit, sowie

über das positive und negative Leistungsvermögen des Rehabilitanden festgehalten (Bereich vier). Der fünfte Bereich besteht aus weiterführenden Maßnahmen und Nachsorgeempfehlungen. Im letzten Teil ist eine Bewertung des gesamten Reha-Prozesses zu finden (DRV, 2015b). Die DRV (2015a) nennt folgende Qualitätsmerkmale, die einen guten Reha-Entlassungsbericht ausmachen:

1. *Personenorientierte Darstellung.* Der Bericht sollte den Reha-Verlauf darstellen. Es sollen individuelle Ressourcen des Patienten genannt werden, gemeinsam vereinbarte Reha-Ziele, den Erreichungsgrad dieser, sowie gegebenenfalls Gründe, wieso diese nicht erreicht wurden. „Bei der Beschreibung der Fähigkeiten der Rehabilitanden ist vom Begriff der „Funktionsfähigkeit“ (...) im Sinne der ICF auszugehen.“ (DRV, 2015a, S.9).

2. *Medizinische und sozialmedizinische Korrektheit.* Der Entlassungsbericht sollte alle bedeutsamen klinischen und sozialmedizinischen Daten enthalten. Die vorangegangenen Befunde sollen bewertet werden, um so eine angemessene Auswahl von Therapieelementen zu gewährleisten.

3. *Nutzenorientierung.* Der Reha-Entlassungsbericht sollte eine klare und übersichtliche Struktur besitzen. Die Gliederung wie im Leitfaden (DRV, 2015a) vorgegeben solle eingehalten werden. Insgesamt sollten alle erhobenen Informationen zu einer knappen, aber vollständigen Gesamtdarstellung zusammengefügt werden.

4. *Sozialmedizinische Nutzbarkeit.* Das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sollte gut verständlich beschrieben werden, um es so mit dem individuellen Fähigkeitsprofil in Beziehung setzen zu können. Sie ist nachvollziehbar darzustellen, „(...) da sie als Handlungsgrundlage für die berufliche Reintegration beziehungsweise weitere[r] Leistungen dient.“ (DRV, 2015a, S.10).

3 Fragestellung

Psychopathologischer Befund und Anamnese (in Abklärung mit dem somatischen Befund) sind die Basis für die Diagnosestellung einer psychischen Erkrankung. Die Richtigkeit und Schlüssigkeit dieser ist also von großer Bedeutung. Falsche Diagnosen können mit Fehlbehandlungen und Labeling einhergehen und so schwerwiegende Konsequenzen für den Patienten nach sich ziehen (DRV, 2014; Muschalla & Linden, 2011a).

Vor- und Nachbehandler erhalten in vielen Fällen den Reha-Entlassungsbericht. Ein knapper, aber präziser Befund und Anamnese können den Vor- und Nachbehandler mit

wichtigen Informationen versorgen. Auch für den Kostenträger ist ein gesamter, schlüssiger Befund wichtig, da auf dessen Grundlage Entscheidungen getroffen werden (DRV, 2015a). Die sozialmedizinische Epikrise liefert die entscheidende Begründung dafür, warum ein Patient nach ausführlicher Beobachtung innerhalb des stationären Rehasettings arbeits- bzw. leistungs(un)fähig eingeschätzt wird. Diese Entscheidungen sollen schlüssig und vollständig dargestellt werden, um der Verantwortung der Rehabilitationsmedizin als teilhabebezogene Weichensteller gerecht zu werden (DRV, 2015a).

Vor dem Hintergrund, dass die Befundqualitäten in Reha-Entlassungsberichten ein breites Spektrum aufweisen, stellt sich die Frage, welche Gründe in den Fällen mit suboptimaler Berichtsqualität vorliegen.

4 Methode

Ärztliche Leitungen verschiedener somatischer Rehabilitationskliniken wurden im Namen der DRV Bund darum gebeten, 20 Entlassungsberichte einzureichen. Diese Entlassungsberichte wurden anonymisiert in einem Gesamtpool von 100 Fällen aufgenommen. Anschließend wurde eine Auswahl daraus nach den unten beschriebenen Kriterien von zwei unabhängigen Leserinnen geratet. Untersucht wurden 42 Entlassungsberichte aus zehn verschiedenen Rehabilitationskliniken in ganz Deutschland.

Die für die hier vorliegende Untersuchung gewählte Methode der Beschreibung von Entlassungsberichten ist angelehnt an das Peer-Review-Routineverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung der DRV (2015b). In diesem Peer-Review-Verfahren werden durch die in den Kliniken tätigen Oberärzte und Chefärzte jeweils verblindet Entlassungsberichte von Kollegen anderer Kliniken nach einem Ratingsystem bewertet. Die Entlassungsberichte sind laut DRV (2015a) Qualitätsindikator für Klinik, Reha-Art und -Philosophie.

4.1 Qualifikationen der Rater

Bei den Ratern handelte es sich um die Autorin B.M., approbierte Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin (Verhaltenstherapie) als langjährig sozialmedizinisch trainierte und berufserfahrene Raterin, sowie die Autorin R.H. als trainierte Coraterin. B.M. hat sieben Jahre in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik als Bezugstherapeutin gearbeitet und umfangreiches sozialmedizi-

nesches Training erfahren. Sie hat drei weitere Jahre im Rahmen einer Therapiestudie in einer somatischen Rehabilitation in den Fachabteilungen Kardiologie, Orthopädie und Neurologie Diagnostik und Gruppenbehandlungen für Patienten mit sozialmedizinischen Problemlagen durchgeführt. Seit Jahren ist sie regelmäßig für die DRV Bund als Dozentin für Sozialmedizin, psychische Fähigkeitsbeurteilung und arbeitsbezogene psychische Erkrankungen tätig. Sie hat umfangreich auf dem Gebiet der Sozialmedizin und Rehabilitationsforschung gearbeitet und publiziert und ist Mitglied der Mini-ICF-APP-Arbeitsgruppe, die national und international Anerkennung für die Beschreibung psychischer Fähigkeitsbeeinträchtigungen erhalten hat (Linden et al., 2015; DRV, 2012; SGPP/SGVP, 2012; Balestrieri et al., 2013; Molodynski et al., 2013). Die Coraterin R.H. absolvierte ein einsemestriges Seminar zur Diagnostik psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter bei B.M. In diesem Seminar lag der Schwerpunkt auf einer praxisorientierten Einführung in die psychopathologische Befundung und dem Erwerb eines Verständnisses für die verschiedenen Diagnostikformen: Forschungsdiagnostik (SKID, MINI, Sheehan et al., 1998, psychometrische Fragebögen) und klinische Diagnostik (Befunderhebung, Anamnese, Integration von Zusatzbefunden und ärztlichem Konsil). Die Coraterin ratete im Rahmen der Trainingsphase vor dieser Untersuchung zehn Reha-Entlassungsberichte unter der Supervision von B.M.

4.2 Checkliste zur Beschreibung der Befunde im Entlassungsbericht

Um in der vorliegenden Untersuchung psychopathologischen Befund, Anamnese und sozialmedizinische Epikrise (Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit) zu beurteilen, wurde jeweils auf einer Skala die Aussagekräftigkeit 1) des psychopathologischen Befunds, 2) der Anamnese, 3) der Arbeits(un)fähigkeitsbegründung und 4) der Leistungsfähigkeitsbeschreibung eingeschätzt (Tabelle 1). Die Beurteilung erfolgte nach definierten Kriterien (Tabellen 2-5). Wurde die Ausprägung „gar nicht“ oder „rudimentär“ ausgewählt, wurde der Grund des Eindrucks anschließend im Freitext erläutert.

„Aussagekräftiger psychopathologischer Befund vorhanden“

gar nicht nur rudimentär ausreichend sehr gut

Falls gar nicht oder nur rudimentär:
Was ist der Grund für den mangelhaften Eindruck: _____

keine F-Diagnose

Tabelle 1

Itembeispiel und Skalierung der Checkliste zur Beschreibung der Befunde im Reha-Entlassungsbericht

Ausprägung Item	Kodierung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	0	Es ist kein psychopathologischer Befund vorhanden.	
Nur rudimentär	1	Es sind Ansätze eines Befundes erkennbar, allerdings ist er unvollständig und/ oder unverständlich, oder vermittelt allein die Sicht des Patienten.	„Die Patientin berichtet von aktuell bestehender gedrückter Stimmung und Konzentrationsschwierigkeiten.“
Ausreichend	2	Der Befund ist verständlich und stimmig. Die wichtigsten Informationen sind notiert, aber knapp gehalten.	„Die Patientin ist in der Interaktion ängstlich, berichtet aber offen von ihren Problemen. Insgesamt gedrückte Stimmung, subjektiv berichtete Konzentrationsschwierigkeiten, glaubhaft von Suizidalität distanziert. Ansonsten unauffällig.“
Sehr gut	3	Der Bericht ist vollständig, stimmig und verständlich. Eigen- und Fremdbefund sind klar als solche gekennzeichnet.	„Die kindlich wirkende Patientin ist in der Interaktion ängstlich und beginnt leicht zu weinen. Sie berichtet offen von ihren Beschwerden, Kontakt lässt sich gut herstellen. Die Patientin zeigt sich zu allen Qualitäten orientiert, Konzentration, Aufmerksamkeit und Mnestic sind subjektiv beeinträchtigt. Kein Anhalt auf psychotisches Erleben. Keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Zwangssymptome, keine Wahrnehmungs- oder Ich Störungen. Affektiv besorgt, gedrückt, etwas reduzierte Schwingungsfähigkeit, Antrieb reduziert: morgendliches Aufstehen fällt sehr schwer; Psychomotorik unauffällig, aktuell keine Suizidalität.“
Keine F-Diagnose	9	Es wurde keine F-Diagnose dokumentiert. Ggf. ist die übliche Kurzbefundung in der orientierenden Untersuchung des Arztes ausreichend (z.B. „psychopathologisch unauffällig“).	Etwaige Verhaltensbesonderheiten, oder subsyndromale oder gesunde Leiden, die jedoch keine eigenständige Krankheitswertigkeit erkennen lassen, werden im Aufnahmebefund oder in der therapeutischen Verlaufsbeschreibung verhaltensnah beschrieben

Tabelle 2

Bewertung des psychopathologischen Befundes („Aussagekräftiger psychopathologischer Befund vorhanden“)

Tabelle 3

Bewertung der speziellen Anamnese („Aussagekräftige spezielle Anamnese vorhanden.“)

Ausprägung Item	Kodierung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	0	Es ist keine Anamnese vorhanden.	
Nur rudimentär	1	Es sind Ansätze einer Anamnese erkennbar, allerdings ist sie unvollständig und/oder unverständlich, oder basiert nur auf dem Spontanbericht der Patientin.	„Die Patientin hat wegen Stimmungsproblemen eine psychosomatische Rehabilitation in 2013 absolviert“
Ausreichend	2	Die Anamnese ist verständlich und stimmig. Die wichtigsten Informationen sind notiert, aber knapp gehalten.	„Depressive Episoden sind erueierbar in 2008, 2010 und 2013. In 2013 mehrwöchiger stationärer Aufenthalt, danach beim Hausarzt medikamentöse Behandlung. Keine manischen Episoden bekannt, keine Suizidversuche.“
Sehr gut	3	Alle für den speziellen Fall nötigen Informationen sind in der Anamnese vorhanden.	„Die Patientin berichtet von Stimmungs- und Antriebseinbrüchen seit 2008 etwa zweijährlich wiederkehrend. 2010 sei sie mit einem Zustand von Gefühllosigkeit und sozialem Rückzug von Kollegen und Freunden erstmals 4 Wochen lang arbeitsunfähig gewesen, ihr Hausarzt und ihr Ehemann hätten in der Zeit ständig ermutigend auf sie eingeredet und verhindert, dass sie ihren Arbeitsplatz kündigte. 2013 sei sie erneut in einen depressiven Zustand geraten und habe auf Drängen des Hausarztes hin eine psychosomatische Reha absolviert. Sie habe gelernt stimmungsunabhängig zu handeln und auf ihre Tagesstruktur zu achten. Auch habe sie in eine medikamentöse Behandlung eingewilligt. Diese werde bis heute fortgeführt und hausärztlich überwacht. Im bisherigen Verlauf gab es keine Suizidversuche, keine manischen Episoden.“
Keine F-Diagnose	9	Es wurde keine F-Diagnose dokumentiert. Deshalb ist keine gesonderte spezielle Anamnese bzgl. psychischer Erkrankung nötig, bzw. es wird eindeutig gesagt, dass die psychische Anamnese blande ist.	„Keine psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte bekannt“ Etwasige Verhaltensbesonderheiten, subsyndromale oder gesunde Leiden, die jedoch keine eigenständige Krankheitswertigkeit erkennen lassen, werden in der Anamnese verhaltensnah beschrieben

Ausprägung Item	Kodierung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	0	Es ist keine Begründung zur Arbeitsunfähigkeit vorhanden.	„Die Patientin wird arbeitsunfähig entlassen.“
Nur rudimentär	1	Es wird angedeutet, warum ein Patient arbeitsunfähig entlassen wird, die Erklärung ist jedoch nicht schlüssig (z.B. Patientenselbstberichte)	„Die Patientin traut sich momentan noch nicht zu, an den Arbeitsplatz zurückzukehren.“
Ausreichend	2	Es ist nachzuvollziehen, wieso der Patient arbeitsunfähig entlassen wird, trotzdem fehlen präzise Informationen.	„Wegen eingeschränkter Mobilität nach Operation ist es der Patientin noch nicht möglich, an den Arbeitsplatz zurückzukehren.“
Sehr gut	3	Die Arbeitsunfähigkeit ist klar nachzuvollziehen, und alle wichtigen Informationen für das Verständnis der Situation sind gegeben.	„Da die Patientin nach einer OP ihr rechtes Bein noch nicht wieder belasten kann, und sie zum Erreichen ihres Arbeitsplatzes Auto fahren muss, somit aktuell eine relevante Mobilitätsbeeinträchtigung besteht, wird sie arbeitsunfähig entlassen.“
Arbeitsfähig	9	Der Patient wird arbeitsfähig entlassen.	

Tabelle 4

Bewertung der Arbeitsfähigkeit („Arbeitsunfähigkeit ist mittels beschriebener aktueller krankheitsbedingter Beeinträchtigungen begründet“)

Ausprägung Item	Kodierung	Beschreibung	Beispiel
Gar nicht	0	Es ist keine Begründung zur Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigung vorhanden.	„Der Patient wird auch auf längere Sicht nicht arbeiten können.“
Nur rudimentär	1	Es wird angedeutet, warum ein Patient langfristig leistungsunfähig entlassen wird, die Erklärung ist jedoch nicht schlüssig.	„Wegen psychischer Belastungen kann der Patient auch längerfristig nicht den Beruf als ... ausüben.“
Ausreichend	2	Es ist nachzuvollziehen, wieso der Patient in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, trotzdem fehlen Informationen.	„Der Patient hat soziale Ängste und kann deshalb nicht mehr in seinem Beruf als Verkäufer arbeiten.“
Sehr gut	3	Die Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigungen sind klar nachzuvollziehen.	„Der Patient hat chronische soziale Ängste, Behandlungsversuche waren gescheitert. Dies macht es ihm unmöglich, an seinen Arbeitsplatz als Verkäufer zurückzukehren, da dort täglich hohe Anforderungen an seine Interaktionsfähigkeiten bestehen: mit Menschen interagieren, sympathieverbundend in Kurzkontakten auftreten (Kontaktfähigkeit), oder auch gegenüber übermäßig fordernden Kunden begrenzend (Selbstbehauptungsfähigkeit).“
leistungsfähig	9	Der Patient wird bei anzunehmender günstiger Krankheitsentwicklung voraussichtlich leistungsfähig bleiben.	

Tabelle 5

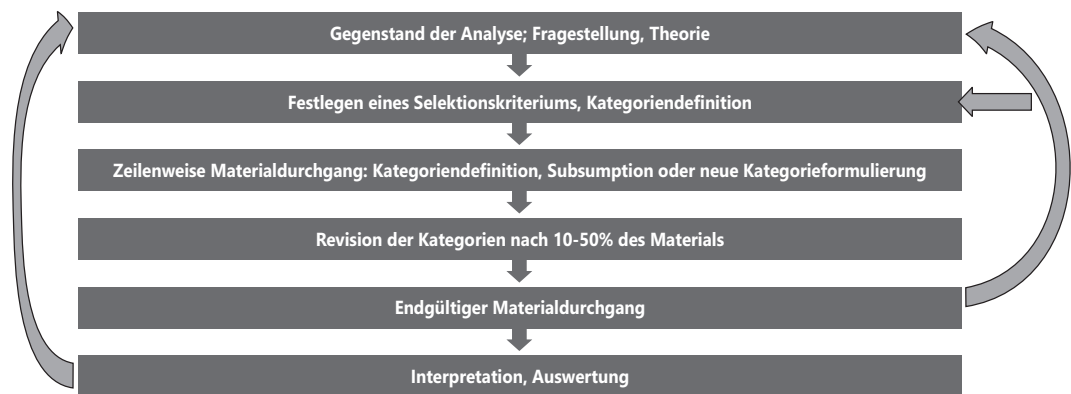
Bewertung der Leistungsfähigkeit („Leistungsfähigkeitsbeeinträchtigung ist mittels beschriebener krankheitsbedingter dauerhafter Beeinträchtigungen begründet“)

4.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Der Ablauf dieser qualitativen Forschung wurde in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) durchgeführt. Analysiert wurden die Freitextantworten zu den vier Items, die jeweils die Qualität von Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeurteilung, sowie psychopathologischen Befund und Anamnese ausführten. In der Checkliste wurde von den Raterinnen nur Freitext bei denjenigen Berichten notiert, deren Items zu Ar-

beits-, Leistungsfähigkeit, oder psychopathologischem Befund oder Anamnese „rudimentär“ oder „gar nicht“ bewertet waren. Das verwendete Analysematerial waren die Freitexteinträge der Raterinnen zum jeweiligen Item (z.B. psychopathologischer Befund). Ein ähnliches Herangehen findet sich beispielsweise bei Flöge (2014) oder Walter (2013). Die Kategorisierung erfolgte nach den sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2000, Abbildung 1).

Abbildung 1
Ablaufmodell induktiver
Kategorienbildung
nach Mayring
(eigene Darstellung)



5 Ergebnisse

5.1 Datenmaterial und Rater-Reliabilität

Insgesamt wurden 42 Reha-Entlassungsberichte untersucht, 26 davon stammten aus der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation, 16 aus der somatischen Rehabilitation. Die Berichte stammten aus zehn Kliniken. Je zehn Berichte aus der somatischen und verhaltensmedizinisch-orientierten Rehabilitation wurden parallel geratet. Um die Übereinstimmung der Raterinnen dieser parallel gerateten Berichte zu bestimmen, wurde die Interrater-Reliabilität mithilfe von Cohens Kappa bestimmt (Bortz & Schuster, 2010). Die Werte variierten zwischen .69 (für das Item Arbeitsfähigkeit) und .93 (Psychopathologischer Befund). Laut Bortz und Döring (2006) bewegen sich Werte zwischen .60 und .75 im Bereich guter Übereinstimmung. Da dies auf alle untersuchten Merkmale zutrifft, kann man von einer guten Interrater-Reliabilität sprechen.

Tabelle 6

Bestimmung der Interrater-Reliabilität durch Cohens Kappa

Item	Cohens Kappa
Beurteilung der Arbeitsfähigkeit	.69
Beurteilung der Leistungsfähigkeit	.86
Beurteilung des Psychopathologischen Befundes	.93
Beurteilung der Anamnese	.78

5.2 Begründungen für Eindruck eines suboptimalen Befundes

Im Folgenden werden entsprechend der Forschungsfrage die Begründungen für suboptimale Befunde systematisiert (Tabellen 7-9). In Bezug auf den psychopathologischen Befund wurden, aufgrund von Kommentaren zu insgesamt 21 aus 27 Berichten mit F-Diagnosen, sieben Kategorien gebildet. Es wurden N=23 Kommentare ausgewertet. Dass das N der Kommentare größer ist, als die Anzahl der zugrundeliegenden Entlassungsberichte, liegt daran, dass bei den doppelt gerateten Berichten die Kommentare beider Raterinnen verwendet wurden, da diese häufig verschiedene Aspekte beleuchteten und so das Gesamtbild ergänzten. Dieses Vorgehen wurde auch bei allen weiteren Kategorien angewendet. Die Anzahl der Kommentare ist für sich genommen nicht quantitativ interpretierbar, sie dient hier lediglich als Hinweis auf die relative Verteilung der Kommentare auf die verschiedenartigen Kategorien.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Nur Selbstbericht des Patienten	Der Befund bezieht sich nur auf die Selbsteinschätzung des Patienten. Es fehlt die Einschätzung und Beobachtung durch Arzt/Psychologen, bzw. diese ist unauffällig.	„Selbstbericht Patientin wird wiedergegeben“
Befund bezieht sich nur auf Fragebogen- und Testergebnisse	Der Befund berichtet nur Ergebnisse aus Fragebögen und Tests. Es fehlt die Einschätzung und Beobachtung durch Arzt/Psychologen, bzw. diese ist unauffällig.	„Befund bezieht sich v.a. auf AVEM“
Befund bezieht sich nur auf Fragebogen- und Testergebnisse und Selbstbericht des Patienten	Der Befund berichtet nur Ergebnisse aus Fragebögen und Tests sowie die Selbsteinschätzung des Patienten. Es fehlt die Einschätzung und Beobachtung durch Arzt/Psychologen, bzw. diese ist unauffällig.	„v.a. Selbstbericht Patient und Ergebnisse Fragebögen“
Diagnose wird unkommentiert aus Vorbefunden übernommen	Diagnose wird unkommentiert aus Vorbefunden beibehalten. Es fehlt die Einschätzung und Beobachtung durch Arzt/Psychologen, bzw. diese ist unauffällig.	„aber: trotz unauffälligem Bericht wurde F-Diagnose weiter übernommen aus Vorbefund“
Unstimmiger Befund	Es stehen unkommentiert verschiedene Informationen an verschiedenen Stellen des Entlassungsberichts.	„Widerspruch zum ärztlichen Aufnahmebefund (situationsgerechtes Verhalten, keine Auffälligkeiten)“ „Widersprüche: Bericht von Alpträumen bzgl. Brand eines Altersheims, aktuell Normalbefund, Trauer bzgl. Suizid des Sohnes“ „Im Befund wird nicht auf Ergebnisse aus Fragebögen eingegangen, dort stehen alle Werte im Normalbereich, trotzdem F-Diagnose?!“ „vorne zwei R-Diagnosen, nach Testdiagnostik: F- und Z-Diagnose, keinerlei Informationen aus psychologischen Gesprächen“
Befund rechtfertigt keine F-Diagnose (unauffällig oder zu knapp)	Der Befund rechtfertigt nicht die Vergabe einer F-Diagnose, weil die beschriebenen Beobachtungen entweder unauffällig sind, oder weil der Bericht zu knapp ist, um zu einem Urteil zu gelangen.	„situationsgerechtes Verhalten, Patient wirkt belastet, erschöpft“ „unauffällig“ „Grübelneigung, Stimmungsschwankungen subjektiv, Gedankenkreisen“
Keine tiefere Diagnostik erkennbar trotz F-Diagnose	Trotz F-Diagnose keine psychologisch/psychiatrische Untersuchung, Diagnose erscheint nur hergeleitet aus allgemeinen Aufnahmegespräch	„kein Eingehen/Anzeichen für Depressionen (F-Diagnose)“
		„im allgemeinen ärztlichen Befund, sonst keine genaueren Angaben“

Tabelle 7

Kategorien für Begründungen bei nicht optimaler Qualität von psychopathologischen Befunden

Zwei Kategorien umfassten insgesamt mehr als die Hälfte aller rudimentären Berichte (7 aus 23). Die Kategorie „unstimmige Befunde“ umfasste Berichte, in denen es unkommentierte Widersprüche zwischen ärztlichem und psychologischem Befund, Unstimmigkeiten zwischen Patientenbericht und Diagnose („Widersprüche: Bericht von Alpträumen bzgl. Brand eines Altersheims, aktuell Normalbefund, Trauer bzgl. Suizid des Sohnes“), Unstimmigkeiten zwischen Diagnose und

Bericht („trotz unauffälligem Bericht wurde F-Diagnose unkommentiert weiter übernommen aus Vorbefund“) oder auch Unstimmigkeiten zwischen Befunden aus Fragebögen und psychologischem Gespräch, oder in der Diagnosevergabe („vorne zwei R-Diagnosen, nach Testdiagnostik: F- und Z-Diagnose, keinerlei Informationen aus psychologischem Gespräch“) gab. Die zweite häufig vergebene Kategorie (7 aus 23) waren Berichte, in denen der Befund keine Diagnose einer psychischen

Erkrankung zu rechtfertigen scheint, da er entweder unauffällig, oder zu knapp gehalten ist („situationsgerechtes Verhalten, Patient wirkt belastet, erschöpft, unauffällig“, trotzdem F-Diagnose). Es gab drei Befunde, die sich nur auf den Selbstbericht des Patienten bezogen. Weitere Kategorien beinhalteten die Berichte, die Vordiagnosen unkommentiert aus Vorbefunden übernahmen (2 aus 23)

oder nur aufgrund des allgemeinen Aufnahmegesprächs ohne tiefergehender Diagnostik eine psychische Erkrankung mittels einer F-Diagnose manifestierten (2 aus 23). Vereinzelt gab es Berichte, die sich nur auf Fragebogen- und Testergebnisse bezogen, oder die sich auf Fragebogen- und Testergebnisse sowie den Selbstbericht des Patienten bezogen (jeweils 1 aus 23).

Tabelle 8

Kriterien für die Qualität von spezifischen Anamnesen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Spezifische Anamnese fehlt	Es gibt keine Anamnese, die sich speziell auf Psyche bezieht.	„nur somatische Anamnese, keine spezifische Anamnese der psychischen Störung“ „Anamnese nur 2006 erstmals „körperlicher Probleme“, 2010 Ausweitung dauerhafte Schmerzprobleme“
Keine Symptombeschreibung auf der Zeitachse	Es sind nur Symptome berichtet, es fehlen aber Angaben dazu, wann Symptomatik (bezogen auf F-Diagnose) begann, und wie diese verliefen.	„unklarer Beginn, Verlauf, Arbeitsunfähigkeit im Verlauf“ „fehlendes Selbstbewusstsein, Verlustängste, Überforderung, Depression, Ängste“
Zusammenhang zwischen Biographie und Symptomen nicht erklärt	Es gibt eine biographische Anamnese, es fehlt jedoch der Zusammenhang zur Diagnose	„Veränderungen durch Übernahme in Firma, aber keine Erklärung, wie im Zusammenhang mit Diagnose“
Anamnese lückenhaft/nicht ausreichend	Anamnese ist nicht ausführlich genug oder wichtige Informationen fehlen.	„keine Ausführung der depressiven Vorgeschichte“ „nur: hat ambulante Psychotherapie“ „Verweis auf Vordiagnose und Vorbehandlung“

Im Zuge der Kategorienbildung (Mayring, 2002) konnten in Bezug auf die Anamnese vier Kategorien auf Grundlage von Kommentaren in 16 Entlassungsberichten gebildet werden. Dabei wurden N=17 Kommentare ausgewertet. Die Kategorie „Spezifische Anamnese fehlt“ (5 aus 17) wurde in den Fällen vergeben, wo die Krankheitsgeschichte nicht in Bezug auf die Psyche exploriert wurde (sondern zum Beispiel nur eine somatische Anamnese notiert ist). Gab es Ansätze einer spezifischen Anamnese, in der jedoch wichtige Informationen fehlten, fielen die Berichte in die Kategorie „Anamnese lückenhaft/nicht

ausreichend“ (6 aus 17). Hier wurde zum Beispiel nur auf Vorbefunde oder aktuelle Therapien hingewiesen, in einem anderen Fall fehlte die Beschreibung der depressiven Vorgeschichte, obwohl diese diagnostiziert wurde als rezidivierende depressive Störung. Ebenfalls relativ häufig waren Anamnesen, die keine Symptombeschreibung auf der Zeitachse (5 aus 17) beinhalteten. Hier wurden zwar psychische Symptome berichtet, es fehlten allerdings Angaben zu Beginn und Verlauf dieser („unklarer Beginn, Verlauf, Arbeitsunfähigkeit im Verlauf?“).

Tabelle 9

Kriterien für die Qualität sozialmedizinischer Beurteilungen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Begründung nicht arbeits(platz)-/berufsspezifisch	Es wird nicht erklärt, warum die Einschränkung das Ausüben der Arbeit bzw. des Berufs unmöglich macht, bzw. es werden nur Symptome beschrieben ohne Zusammenhang zur Arbeit.	„keine Erklärung, welchen Aspekt der Arbeit Patient nicht mehr schafft“ „aufgrund psychomentaler Einschränkungen“ „aufgrund der ausgeprägten Erschöpfungssymptomatik und der geringen Belastbarkeit“
Nur Selbsteinschätzung des Patienten	Das Urteil über AF/LF bezieht sich nur auf die Einschätzung des Patienten. Es fehlt die Einschätzung durch Arzt/ Psychologen, bzw. diese ist nicht ausschlaggebend für die AF/LF.	„Patient sah sich noch nicht fähig wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren“ „aus orthopädischer Sicht leidensgerecht, Patient unsicher, ob er es sich ‚zutraut‘“
Formfehler	Die Begründung für AF und LF ist nicht an der richtigen Stelle aufgeführt.	„Arbeitsunfähigkeitsbegründung fehlt auf Blatt 1&1a“
Unstimmiger Bericht	Verschiedene Informationen an verschiedenen Stellen des Entlassungsberichts	„Warum arbeitsunfähig entlassen? An einer Stelle arbeitsunfähig wegen Somatik, an anderer Stelle wieder Psyche – was trifft zu?“ „keine Begründung für die quantitative Beeinträchtigung (3-6h), weiter hinten im Bericht: spezielle Maßnahmen zur Wiedereingliederung sind nicht notwendig → Widerspruch“ „Arbeitsunfähig entlassen, wieso? Patient traut sich Fortsetzung der Arbeit zu“
Zeitperspektive für LF Beurteilung unzureichend	Arbeits(un)fähigkeit ist ausreichend erklärt, jedoch fehlt die Zeitperspektive und somit ist die Leistungsfähigkeit nicht ausreichend erklärt	„keine Erklärung, warum Patient nicht zukünftig wieder voll arbeiten kann“

Insgesamt wurden fünf Kategorien aus 13 Entlassungsberichten mit Kommentierungen gebildet, wobei die letzte Kategorie eine spezifische für die Leistungsfähigkeit ist. Es wurden N=14 Kommentare ausgewertet. Am häufigsten wurden sozialmedizinische Epikrisen als rudimentär eingestuft, weil die Begründung nicht arbeitsbezogen (6 aus 14) war. Es wurde zwar erläutert, welche Beschwerden der Patient hatte („psychomentaler Einschränkungen“), es wurde dann aber nicht spezifiziert, welchen Aspekt der Arbeit (z.B. Kundenkontakt, da der Patient schnell emotional wird und anfängt, zu weinen) er deshalb nicht mehr bewältigen kann. Am zweithäufigsten fielen Berichte in die Kategorie „unstimmiger Bericht“ (4 aus 14). Hier fielen Unstimmigkeiten in der Begründung der Arbeitsunfähigkeit auf („an einer Stelle arbeitsunfähig wegen Somatik, an anderer Stelle wieder Psyche“), oder Widersprüche in der Einschätzung zwischen Arzt und Patient („Arbeitsunfähig entlassen – Patient traut sich Fortsetzung der Arbeit zu“). Vereinzelt bezogen sich die Epikrisen nur auf die Selbsteinschätzung des Patienten (2 aus 14) („Patient unsicher, ob er es sich zutraut“) oder es gab Formfehler (1 aus 14) („Arbeitsunfähigkeitsbegründung fehlt auf

Blatt 1&1a“). Die fünfte Kategorie bezieht sich auf die Einschätzung der Leistungsfähigkeit (1 aus 14). Die Zeitperspektive für die Leistungsfähigkeit wurde nur unzureichend beschrieben, das heißt, dass der Patient kurzfristig nicht an den Arbeitsplatz zurückkehren kann, ist zwar schlüssig erklärt, wieso der Patient nach sechs Monaten aber nicht wieder voll arbeiten kann, wird nicht klar.

6 Diskussion

Mittels der qualitativen Analyse nach Mayring (2002) konnten zu den drei Untersuchungsbereichen „Anamnese“, „Psychopathologischer Befund“ und „Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ verschiedene Kategorien von Qualitätsproblemen herausgearbeitet werden. Besonders das Attestieren psychischer Erkrankungen ohne erkennbare spezifische klinische Differentialdiagnostik erscheint hier problematisch, denn die schnelle Vergabe einer F-Diagnose kann erhebliche Konsequenzen für den Patienten mit sich bringen (Link et al., 1997; Angermeyer & Matschinger, 2003; Zimmerman et al., 2008; Dowrick & Frances, 2013).

Ungenügend differenzierte, nur auf Selbstbericht des Patienten gründende oder im Gesamtbericht unstimmig erscheinende psychopathologische Befunde können ebenfalls problematisch sein. Ein unschlüssiger oder widersprüchlicher Befund im Entlassungsbericht kann u.U. verschiedenste Auswirkungen haben. Zum einen könnten u.U. auch berechnete Ansprüche auf z.B. Erwerbsminderung vom Kostenträger abgelehnt werden, oder eine angemessene Folgebehandlung, z.B. LTA-Maßnahmen, kann nicht gewährt werden.

In Bezug auf die sozialmedizinische Epikrise zeigte sich vergleichsweise häufig das Phänomen „Unstimmigkeit“ in den Berichten. Die interdisziplinäre Abstimmung im Team sollte gewährleisten, dass ein Befund von solcher Wichtigkeit stimmig in sich und in Zusammenhang mit dem Rest des Entlassungsberichtes ist. Dies erfordert entsprechende Struktur- und Prozessqualität in der Klinikroutine, die auch seitens der Kostenträger unterstützt werden muss: In den Strukturanforderungen der DRV in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation wird bspw. als eine neuere Entwicklung vermehrt die Einstellung von approbierten Psychologen gefordert. Seit einigen Jahren werden Fortbildungen zur Sozialmedizin, Verfassung der Entlassungsberichte und der Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams angeboten (Worringen et al., 2016), sowie aktuell eine Praxis Hilfe mit Beispielen und Antworten auf häufig gestellte klinische Fragen (Worringen et al., 2018). Das Peer-Review Verfahren wird schon lange zur Verbesserung der Qualität der Entlassungsberichte eingesetzt (Glattacker & Jäckel, 2007; Klosterhuis, 2008). Auch dieses wird kontinuierlich ausgebaut und verbessert (Strahl et al., 2016).

Ein weiterer Punkt ist, dass die Erstellung eines kohärenten und schlüssigen Entlassungsberichts Zeit- und Koordinierungsressourcen in Anspruch nimmt. Dahingehend wäre zu überprüfen, in welcher Weise sich kohärente und schlüssige Entlassungsberichte in der Herstellung unterscheiden von Berichten, die diese Ansprüche nicht erfüllen. Liegt es an Zeitmangel (Der Bericht muss „raus“ am Tag X), an Verantwortungsdiffusion im therapeutischen Team (Wer fühlt sich für eine Endredaktion zuständig?), an der Beteiligung oder Nicht-Beteiligung bestimmter Berufsgruppen (Psychologische Psychotherapeuten, Cotherapeuten, Endredaktion durch den Bezugsbehandler), an knappen Personalressourcen (der zuständige Bezugsbehandler ist bereits in anderweitige aktuelle Aufgaben eingebunden), oder auch an knappen Zeitressourcen für die Koordinierungsarbeit? Aktuell finden

weder Teambesprechungszeiten noch Zeiten für Dokumentation und Entlassungsberichterstellung im Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) Berücksichtigung. Mittels Visitationen kann herausgefunden werden, wie Koordinierungsaufgaben im Rehateam umgesetzt werden.

6.1 Limitationen

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine erste qualitative Untersuchung. Die Daten lassen keine Aussagen zu über Häufigkeitsverteilungen von Dokumentationsproblemen in Entlassungsberichten. Es wären Quantifizierungen der hier herausgearbeiteten Kategorien nötig, mittels Untersuchungen an einer größeren und repräsentativen Stichprobe von Entlassungsberichten. In diesem Zusammenhang könnten einige der Kategorien noch in Unterkategorien differenziert werden. Dazu zählen vor allem die Kategorien, die momentan noch relativ heterogene Antworten vereinen, beispielsweise die Kategorie „Unstimmiger Befund“ im psychopathologischen Befund. Andere Kategorien beinhalten momentan nur ein Item (beispielsweise „Formfehler“ in der sozialmedizinischen Epikrise).

Insgesamt waren die verfügbaren Daten für die qualitative Analyse (d.h. die Freitexte der Raterinnen in der Checkliste) bereits zusammengefasste Kommentierungen. Die Raterinnen hatten ihre Kommentare häufig als Zusammenfassung formuliert (vgl. Tabellen 7-9), und seltener Originalformulierungen aus den jeweiligen Berichten zitiert.

In der vorliegenden Studie wurden die qualitativen Einschätzungen des psychopathologischen Befundes und der speziellen Anamnese nur bei den Berichten durchgeführt, in denen im Entlassungsbericht eine psychische Erkrankung mittels F-Diagnose attestiert worden war. Dies lässt jedoch nicht den Umkehrschluss zu, dass in allen Fällen, in denen keine F-Diagnose im Entlassungsbericht dokumentiert wird, keine psychopathologische Befundung notwendig oder beschreibbar ist! So können und müssen bspw. psychopathologische Auffälligkeiten, die im Rahmen somatischer Erkrankungen auftreten, jedoch keine psychische Erkrankung im engeren Sinne sind, ebenso psychopathologisch und anamnestisch beschrieben werden. Beispiele können sein Affektmodulationsstörungen oder Gedächtnisstörungen im Rahmen hirnorganischer Psychosynndrome nach Schlaganfall oder Herzinfarkt, oder eine dysphorische Grundstimmung bei einer Migräneerkrankung (Linden & Muschalla, 2012).

6.2 Fazit

Relevante Informationen müssen im Reha-Entlassungsbericht (der sozialmedizinische Gutachtenfunktion hat!) enthalten und präzise genug sein („medizinische und sozialmedizinische Korrektheit“). In der vorliegenden Untersuchung wurden zu wenig begründete diagnostische oder sozialmedizinische Entscheidungen, unkommentierte Diagnoseübernahmen oder Widersprüchlichkeiten als qualitative Probleme identifiziert.

In Bezug auf die sozialmedizinische Nutzbarkeit erscheint vor allem die weitere Optimierung nachvollziehbarer Verbindungen zwischen psychischem Befund, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Bedeutung.

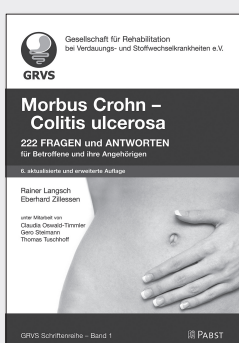
Literatur

- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304–309.
- Balestrieri, M., Isola, M., Bonn, R., Tam, T., Vio, A., Linden, M. & Maso, E. (2013). Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 81–91.
- Bengel, J. & Mittag, O (Hrsg.) (2016). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Dowrick, C. & Frances, A. (2013). Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, 247, 1–5.
- DRV. (Hrsg.) (2012). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (Hrsg.) (2013). *Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung*. (Band 81). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (Hrsg.) (2014). *Sozialmedizin und Rehabilitation*. *Psychische Komorbidität*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (Hrsg.) (2015a). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (Hrsg.) (2015b). *Peer Review- Psychosomatik und Sucht*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Flöge, B. (2014). Nebenwirkungen in verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapien. Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Berlin und Universität Potsdam.
- GBA. (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 und 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesanzeiger AT 27.01.2014 B4 in Kraft getreten am 28. Januar 2014.
- Glattacker, M. & Jäckel, W. H. (2007). Evaluation der Qualitätssicherung aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 69, 277–283.
- Klosterhuis, H. (2008). Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 20 (4), 184–192.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsen, M. (2015). Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., & Muschalla, B. (2012). Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 535–544.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177–190.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Molodynski, A., Linden, M., Juckel, G., Yeeles, K., Anderson, C., Vazques-Montes, M. & Burns, T. (2013) The reliability, validity and applicability of an english language version of the Mini-ICF-APP. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1347–1354.
- Muschalla, B. (2013). Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bei psychischen Erkrankungen. *Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Kontext*. *Neurotransmitter*, 24(10), 2–5.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2011a). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. *Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung*. *Der Nervenarzt*, 7, 917–931.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2011b). Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil

- 2: Psychische Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem und therapeutische Maßnahmen. *Der Nervenarzt*, 9, 1187–1200.
- SGPP/SGVP. (Hrsg.) (2012). Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. Bern: Herausgeber.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Strahl, A., Gerlich, C., Wolf H.-D., Gehrke, J., Müller-Garnn, A., & Vogel, H. (2016). Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung durch Peer-review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung. *Gesundheitswesen*, 78, 156–160. doi <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1390450>
- Walter, M. (2013). Geschlechtsabhängiges Belastungserleben in Verhaltenstherapiegruppen. Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Berlin und Universität Potsdam.
- WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization.
- Worringen, U., Hoppe, A., Derra, C., Kalwa, M., & Brüggemann, S. (2016). Nutzen des Curriculums sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehateam für die Rehabilitationspraxis. *Die Rehabilitation*, 55, 238–247.
- Worringen, U., Muschalla, B., Hoppe, A., & Kalwa, M. (2018). Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Zimmerman, M., Ruggero, C., Chelminski, I., & Young, D. (2008). Is bipolar disorder overdiagnosed? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 935–940.

Prof. Dr. Beate Muschalla

Psychologische Psychotherapeutin
(Verhaltenstherapie) und Supervisorin
Technische Universität Braunschweig,
Psychotherapie und Diagnostik
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig
b.muschalla@tu-braunschweig.de



176 Seiten,
ISBN 978-3-95853-164-2,
Preis: 15,- €
eBook: ISBN 978-3-95853-165-9,
Preis: 10,- €

Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS)

Morbus Crohn – Colitis ulcerosa

222 Fragen und Antworten für Betroffene und ihre Angehörigen

Autoren: Rainer Langsch und Eberhard Zillesen

unter Mitarbeit von: Claudia Oswald-Timmler, Gero Steimann, Thomas Tuschhoff

Inhaltsverzeichnis:

- | | |
|--|--|
| A. Fragen zur Häufigkeit dieser Krankheiten | K. Fragen zur Psyche und Psychotherapie |
| B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn –
Gemeinsames, Unterschiede | L. Fragen zur operativen Behandlung |
| C. Fragen zum Verlauf der Erkrankung | M. Fragen zum künstlichen Darmausgang („Stoma“) |
| D. Fragen zur Entstehung, zur Ursache | N. Fragen zum Krebsrisiko |
| E. Fragen zu Form, Lage und Funktion
der Verdauungsorgane | O. Fragen zur Schwangerschaft
und Familienplanung |
| F. Fragen zu den Krankheitserscheinungen
(Symptomen) | P. Fragen zum Schwerbehindertenrecht |
| G. Fragen zu speziellen Untersuchungen | Q. Fragen zur beruflichen Tätigkeit,
zur Erwerbsfähigkeit |
| H. Therapie der CED | R. Fragen zur medizinischen
und beruflichen Rehabilitation |
| I. Fragen zur medikamentösen Behandlung | S. Fragen zu Selbsthilfe, Selbsthilfeorganisationen
und weiterführender Literatur |
| J. Fragen zur Ernährung | |



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. ++49 (0) 5484-308 · Fax ++49 (0) 5484-550 · E-Mail: pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com · www.psychologie-aktuell.com