

Peer Review

- Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale
- Psychische und Abhängigkeitserkrankungen
- Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationen



Die Betreuung der Qualitätssicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfolgt im Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

Ansprechpartner für das Peer Review:

Berthold Lindow

Telefon: 030 865-35958

E-Mail: berthold.lindow@drv-bund.de

PD Dr. Eckehard Baumgarten

Telefon: 030 865-35665

E-Mail: eckehard.baumgarten@drv-bund.de

Frank Dietrich

Telefon: 030 865-33178

E-Mail: frank.dietrich@drv-bund.de

Sekretariat

Telefax: 030 865-27482

Die Checkliste sowie weitere Informationen zum Peer Review finden Sie im Internet unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de

Rubrik: Angebote für spezielle Zielgruppen → Sozialmediziner und Forschung
→ Qualitätssicherung → Peer Review-Verfahren

Inhaltsverzeichnis

4	Vorwort
8	Einleitung
10	Instruktionen für den Peer
13	Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale
22	Manual zur Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale
40	Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen der Rehabilitation
42	Literatur

Vorwort

Die Deutsche Rentenversicherung begann 1994 mit der Entwicklung der Qualitätssicherung für die stationäre medizinische Rehabilitation mit dem Ziel, die Versorgung der Rehabilitanden zu verbessern, sie effizienter zu gestalten und dabei den stetig zunehmenden Erkenntnisstand rehabilitationswissenschaftlicher Forschung zu nutzen. Die Entwicklung und Erprobung aller Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung erfolgte mit wissenschaftlicher Unterstützung aber auch durch Mitwirken von Experten aus der Reha-Praxis und der Sozialmedizin. Um die gesammelten Erfahrungen zu nutzen und auf den stetigen Wandel in der medizinischen Rehabilitation zu reagieren, werden die eingesetzten Instrumente und Verfahren kontinuierlich weiterentwickelt.

Zur Prüfung der Prozessqualität wird das Peer Review seit 1999 routinemäßig von der Deutschen Rentenversicherung eingesetzt. Die Qualitätsbewertung im Rahmen des Peer Review-Verfahrens basiert auf der anonymen Einzelfallprüfung durch erfahrene und geschulte Fachkollegen (Peers). Grundlage der Prüfung ist der einheitliche Reha- Entlassungsbericht zuzüglich individueller Therapiepläne. Neben dieser externen Qualitätsprüfung stellen die regelmäßig stattfindenden Schulungen zur Vorbereitung auf die Gutachtertätigkeit Leitender Ärzte im Peer Review- Verfahren ein wichtiges Bindeglied zu den Mitarbeitern in den Rehabilitationseinrichtungen dar. Es wurden bisher mehr als 1100 ärztliche Kollegen geschult, die als Multiplikatoren Informationen über die Anforderungen der Rentenversicherung zur Prozessqualität in der Rehabilitation in ihre Einrichtungen hineintragen.

Ein Schwerpunkt der Entwicklung dieses Verfahrens beruht gegenwärtig darauf, die ganztägig ambulante Rehabilitation einzubeziehen. In diesem Kontext steht die vorliegende Version einer Checkliste und des erläuternden Manuals. Es werden vor dem Hintergrund der Entwicklungen in den anderen Indikationen Spezifika der ganztägig ambulanten Rehabilitation berücksichtigt. Außerdem wurde die Terminologie der Checkliste und des Manuals an die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) angepasst und frühere Bezüge zur ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) durch solche zur ICF ersetzt.

Der Nutzen des Peer Review für die Einrichtungen ergibt sich aus den Ergebnisberichten, mit deren Hilfe Schwachstellen des Reha-Prozesses aufgedeckt werden. Für das interne Qualitätsmanagement bilden diese Hinweise eine wichtige Grundlage für kritische Diskussionen mit dem Ziel der sinnvollen Umsetzung von Verbesserungen. Durch eine systematische einrichtungvergleichende Darstellung konnten wesentliche Impulse für eine kontinuierliche Verbesserung der Rehabilitationsprozesse gegeben werden. Gleichwohl sind auch heute, nach annähernd zehn Jahren externer Qualitätssicherung durch das Peer Review noch deutliche Qualitätsunterschiede der Einrichtungen, insbesondere bei Aspekten der Patientenorientierung, erkennbar. Die Offenlegung von Problembereichen im Rehaprozess ist deshalb auch weiterhin von grundlegender Bedeutung.

Die vorliegende Checkliste und das dazugehörige Manual bilden das inhaltliche Grundgerüst zur Beurteilung der dokumentierten Prozessmerkmale und gleichzeitig den Orientierungsrahmen der erwähnten Peerschulung. Es ist

unser Ziel, dass jede an der Reha-Qualitätssicherung beteiligte Einrichtung über einen geschulten Peer verfügt.

Wir möchten uns bei den Experten für ihr Engagement und die tatkräftige Mitarbeit bei der Entwicklung der Checkliste und des Manuals herzlich bedanken.

Dr. med. Christiane Korsukéwitz
Leiterin des Geschäftsbereichs
Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften

Berlin, im Mai 2007

Die Zusammenarbeit zur Reha-Qualitätssicherung innerhalb der Rentenversicherung und deren rentenversicherungsweite Umsetzung erfolgt durch fünf Koordinatoren. Hierbei handelt es sich um Mitarbeiter der Regionalträger und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Uwe Egner

Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Telefon: 030 865-58350
Telefax: 030 865-27983
E-Mail: uwe.egner@drv-bund.de

Dr. Eberhard Grosch

Leitender Arzt
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
30875 Laatzen
Telefon: 0511 829-3201
Telefax: 0511 829-2196
E-Mail: eberhard.grosch@drv-bsh.de

Dr. Here Klosterhuis

Leiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Telefon: 030 865-31234
Telefax: 030 865-27482
E-Mail: here.klosterhuis@drv-bund.de

Heinz-Gert Verhorst

Leiter des Grundsatzreferats,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
48125 Münster
Telefon: 0251 238-2606
Telefax: 0251 238-3770
E-Mail: heinz-gert-verhorst@drv-westfalen.de

Michael Zellner

Leitender Regierungsdirektor
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
81729 München
Telefon: 089 6781-2713
Telefax: 089 6781-3060
E-Mail: michael.zellner@drv-bayernsued.de

Einleitung

Peer Review-Verfahren stellen eine der häufigsten Formen der externen Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen dar und haben im akutmedizinischen Bereich wesentlich zum Wissen über medizinische Fehler und vermeidbare Behandlungskomplikationen beigetragen. Ein Peer Review beinhaltet eine Qualitätsbeurteilung durch „Peers“, d.h. durch gleichgestellte Angehörige der jeweiligen Berufsgruppe. Die Bewertungsmaßstäbe sind dabei in der Regel in Form von Standards oder konsensuell abgestimmten Bewertungskriterien vorgegeben.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation in Deutschland ist ein Peer Review Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherungsträger und wird seit 1999 routinemäßig zur Erfassung der Prozessqualität für alle größeren Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation eingesetzt. Das Verfahren beruht auf einer Beurteilung der Versorgungsprozesse einer Rehabilitationseinrichtung durch erfahrene Ärzte aus anderen Einrichtungen (Peers). Als Bewertungsgrundlage werden dabei anonymisierte Entlassungsberichte, ergänzt um individuelle Therapiepläne, herangezogen. Das Peer Review wird für alle stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger durchgeführt. Die Grundlage der Prüfung wird durch eine „Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale“ sowie ein dazugehöriges Manual mit teilweise indikationsspezifischen Bewertungskriterien gebildet.

Im Jahr 2000 wurde das Konzept des Peer Reviews mit einigen Modifikationen auch in die Qualitätssicherung der gesetzlichen Krankenkassen in der stationären medizinischen Rehabilitation (QS-Reha-Verfahren®) aufgenommen. Im Jahr 2002 wurde das Peer Review für die somatischen Indikationsbereiche vom Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung (HRI) und der Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (AQMS) im Auftrag des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte weiterentwickelt. Da dieser Abstimmungsprozess unter Beteiligung von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen erfolgte und die in der GKV-Version des Peer Reviews vorgenommenen Änderungen berücksichtigte, liegt seit Ende 2002 eine für den stationären Bereich trägerübergreifend einheitliche Version des Peer Reviews vor.

Auf der Basis dieser Version wurde von der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (AQMS) und dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf für das Programm „Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation“, welches gemeinsam von gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung initiiert wurde, eine Peer Review-Version für die ambulante medizinische Rehabilitation der dominierenden Indikationen Orthopädie und Kardiologie sowie der Abhängigkeitserkrankungen erstellt.

Mit der hier vorliegenden Version einer Peer Review Checkliste und des dazu gehörigen Manuals für die Indikationen psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen sollen zukünftige Verfahren und Schulungen für die stationären und ganztägig ambulanten Versorgungsbereiche gemeinsam

durchgeführt werden. Die bisher für den stationären Bereich gültige Version wurde dabei in folgender Hinsicht angepasst:

- Die Berücksichtigung der spezifischen Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation wurde im Manualtext unter dem Abschnitt Therapieziele und Therapie (8. Rehabilitationsverlauf) als Qualitätsmerkmal aufgenommen.
- Struktur, Terminologie und Inhalte der Checkliste und des Manuals wurden an die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) angepasst; frühere Bezüge zur ICDH wurden durch solche zur ICF ersetzt.

Die Checkliste umfasst 60 qualitätsrelevante Prozessmerkmale, die sich in die Bereiche „Anamnese“, „Diagnostik“, „Therapieziele und Therapie“, „Klinische Epikrise“, „Sozialmedizinische Epikrise“ und „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ gliedern.

Als Grundlage für die Beurteilung der Qualität des Reha-Prozesses dienen der jeweilige Reha-Entlassungsbericht sowie der individuelle Therapieplan des Rehabilitanden.

Für die Bewertung der einzelnen Prozessmerkmale stehen die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „gravierende Mängel“ und (für 16 Prozessmerkmale) „nicht relevant“ zur Verfügung. Jeder Bereich der Checkliste schließt mit einer zusammenfassenden Bewertung, wobei die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „deutliche Mängel“ und „gravierende Mängel“ angekreuzt werden sowie Qualitätspunkte (von 10 = sehr gut bis 0 = sehr schlecht) vergeben werden (siehe auch S. 12). Überdies ist am Ende der Checkliste eine zusammenfassende Bewertung für die Qualität des gesamten Reha-Prozesses vorgesehen.

Das Qualitäts-Screening des Reha-Prozesses soll anhand der Checkliste und des Manuals von erfahrenen Rehabilitationsärzten durchgeführt werden, die in Reha-Einrichtungen des jeweiligen Indikationsbereichs tätig sind. Dabei ist Voraussetzung, dass der Peer vor der Aufnahme seiner Tätigkeit an einer Peer-Schulung teilnimmt.

Instruktionen für den Peer

- Dem Screening der Prozessqualität soll der Peer alle Informationen zugrunde legen, die ihm zur Verfügung stehen. Neben dem eigentlichen (freitextlichen) Entlassungsbericht müssen die Formblätter und der individuelle Therapieplan berücksichtigt werden.
- Falls die Screening-Unterlagen unvollständig oder schwer lesbar sind, so dass keine sachgemäße Beurteilung möglich ist, sollen die Unterlagen mit einem entsprechenden Vermerk unbearbeitet zurückgesendet werden.
- Bei dem Qualitäts-Screening kommt es nicht auf die Reihenfolge der Merkmale an, sondern es ist wichtig, dass die in dem Manual geforderten Angaben überhaupt in dem Entlassungsbericht und den übrigen Unterlagen zu finden sind.
- Die Tätigkeit als Peer ist grundsätzlich nicht delegierbar. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Peer, dass er die Bewertung vollständig selbst vorgenommen hat.
- Sollte ein Entlassungsbericht wider Erwarten aus der eigenen Einrichtung stammen oder der Peer seine Herkunft erkennen, muss er unbearbeitet zurückgegeben werden.
- Die zugesandten Unterlagen (Entlassungsberichte etc.) und die bearbeiteten Checklisten dürfen nicht vervielfältigt werden.

Für die Beurteilung der Prozessmerkmale stehen die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „gravierende Mängel“ und (für einige Items) „nicht relevant“ zur Verfügung. In Abweichung davon gibt es bei den zusammenfassenden Bewertungen die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „deutliche Mängel“ und „gravierende Mängel“. Zusätzlich werden bei den zusammenfassenden Bewertungen Qualitätspunkte zwischen 0 und 10 vergeben, wobei 0 Punkte für die Beurteilung „sehr schlecht“ und 10 Punkte für die Beurteilung „sehr gut“ stehen.

Ist in der Checkliste für ein Prozessmerkmal in der Spalte „nicht relevant“ ein Ankreuzfeld vorhanden, so besteht die Möglichkeit, dass der Peer dieses Merkmal im Einzelfall als „nicht relevant“ bewertet. Kommt der Peer zu dem Schluss, dass ein solches Merkmal in einem bestimmten Fall nicht relevant ist, muss er – auch wenn in den Screening-Unterlagen bewertbare Aussagen zu diesem Merkmal vorliegen – das Feld „nicht relevant“ ankreuzen, ohne eine Bewertung vorzunehmen.

Kommt der Peer jedoch zu dem Schluss, dass ein im Prinzip als nicht relevant bewertbares Merkmal in einem bestimmten Fall sehr wohl relevant ist, so bewertet er es nach den üblichen Bewertungskategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „gravierende Mängel“ (siehe auch unten).

Prozessmerkmale, für die in der Checkliste kein Ankreuzfeld in der Spalte „nicht relevant“ vorgegeben ist, sind in jedem Fall relevant. Für diese Merkmale kann die Beurteilung „nicht relevant“ nicht vergeben werden!

Prinzipiell muss sich die Beurteilung eines qualitätsrelevanten Prozessmerkmals an den im Manual aufgeführten Kriterien orientieren. Entsprechend muss sich eine zusammenfassende Bewertung an den zuvor vorgenommenen Beurteilungen der entsprechenden qualitätsrelevanten Prozessmerkmale ausrichten. Dies gilt sowohl für die zusammenfassende Bewertung nach den Mängelkategorien als auch für die Bewertung mittels Qualitätspunkten.

Bei der Beurteilung der einzelnen qualitätsrelevanten Prozessmerkmale und bei den zusammenfassenden Bewertungen sollen sowohl quantitative (Anzahl erfüllter Kriterien bzw. Merkmale) als auch qualitative Gesichtspunkte (Gewichtung einzelner Kriterien bzw. Merkmale je nach den spezifischen Gegebenheiten des jeweiligen Falls) zugrunde gelegt werden.

Beurteilung der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale

Keine Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „keine Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn bezüglich des betreffenden Prozessmerkmals alle Kriterien erfüllt sind.

Leichte Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „leichte Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn zwar nicht alle Kriterien des betreffenden Prozessmerkmals erfüllt sind, aber alle unabdingbaren Kriterien zutreffen.

Gravierende Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „gravierende Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn ein oder mehrere unabdingbare Kriterien des betreffenden Prozessmerkmals nicht erfüllt sind.

Nicht relevant

Die Antwortkategorie „nicht relevant“ trifft zu, wenn das entsprechende Prozessmerkmal aufgrund von spezifischen Gegebenheiten des vorliegenden Falls als nicht erforderlich anzusehen ist. Sie trifft nicht zu, wenn eine erforderliche Angabe völlig fehlt. In diesem Fall ist die Antwortkategorie „gravierende Mängel“ anzukreuzen. Die Antwortkategorie „nicht relevant“ kann nur bei den 15 dafür vorgesehenen Prozessmerkmalen angekreuzt werden.

Merke

- Werden bei einem Qualitätsmerkmal „gravierende Mängel“ festgestellt, müssen die zu dieser Beurteilung führenden Mängel freitextlich im Feld „Begründung für gravierende Mängel“ aufgeführt werden.
- Falls die zu prüfenden Unterlagen bzgl. eines relevanten Merkmals keine Informationen enthalten, trifft die Antwortkategorie „gravierende Mängel“ zu.
- Die Antwortkategorie „nicht relevant“ ist nur in dem oben genannten Ausnahmefall anzukreuzen.

Zusammenfassende Bewertungen

Bei den zusammenfassenden Bewertungen soll für die Prozessmerkmale des betreffenden Bereichs bzw. für alle Prozessmerkmale (gesamter Reha-Prozess) eine integrierte Bewertung vorgenommen werden, bei der vor allem berücksichtigt wird, welchen Stellenwert die ggf. festgestellten Mängel für eine fachgerechte Durchführung der gesamten Reha-Maßnahme in dem vorliegenden Fall hatten.

Keine Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „keine Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn bei dem zu beurteilenden Bereich bzw. Reha-Prozess alle Prozessmerkmale erfüllt sind.

Leichte Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „leichte Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn bei dem zu beurteilenden Bereich bzw. Reha-Prozess zwar nicht alle Prozessmerkmale erfüllt sind, aber alle – für den vorliegenden Fall – unabdingbaren Prozessmerkmale zutreffen.

Deutliche Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „deutliche Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn bei dem zu beurteilenden Bereich bzw. Reha-Prozess ein geringer Anteil der – für den vorliegenden Fall – unabdingbaren Prozessmerkmale nicht erfüllt ist.

Gravierende Qualitätsmängel

Die Antwortkategorie „gravierende Qualitätsmängel“ trifft zu, wenn bei dem zu beurteilenden Bereich bzw. Reha-Prozess ein erheblicher Anteil der – für den vorliegenden Fall – unabdingbaren Prozessmerkmale nicht erfüllt ist.

Welche Prozessmerkmale als „unabdingbar“ anzusehen sind, ist vom Peer unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Falles und auf der Basis seines klinischen Expertenwissens einzuschätzen.

Qualitätspunkte

Zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortkategorien sind bei der Beurteilung der zusammenfassenden Bewertungen sog. Qualitätspunkte zu vergeben. Damit soll der Peer die Möglichkeit bekommen, eine über die Antwortkategorien hinaus differenzierte Rückmeldung zu geben. Eine positive Bewertung entspricht einer hohen Punktzahl. Bei der Vergabe der Qualitätspunkte ist zu berücksichtigen, welchen Stellenwert die ggf. festgestellten Mängel für eine fachgerechte Durchführung der Reha-Maßnahme im vorliegenden Fall hatten. Es können zwischen 10 (Bewertung: sehr gut) und 0 (Bewertung: sehr schlecht) Qualitätspunkte vergeben werden. Mit den Qualitätspunkten soll das Gleiche erfasst werden wie mit den zusammenfassenden Bewertungen nach Mängelkategorien: nämlich eine integrierte Bewertung des entsprechenden Bereichs unter Berücksichtigung des Stellenwerts einzelner Stärken und Schwachstellen. Der Unterschied besteht darin, dass die Qualitätspunkte ein feiner graduiertes Urteil ermöglichen und die Beurteilung nicht mangelorientiert erfolgt.

Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale

für die Indikationsbereiche
psychische und Abhängigkeitserkrankungen

E-Bericht-Nr.: < >

Gutachter: < >

Checkliste Qualitätsrelevanter Prozessmerkmale

Handelt es sich bei dem Patienten in dem hier bewerteten Fall um eine/n Altersrentner/in?

ja nein

Schattiert-kursiv gedruckte Prozessmerkmale (2.3, 5.3, 5.4, 10.1. bis 10.5 und 11.3)
entfallen für Altersrentenempfänger/innen

Bereich A - Anamnese

1. Allgemeine und klinische Anamnese

	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
1.1 Zugang/Initiative zur Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
1.2 Behandlungsmotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
1.3 Familienanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Eigenanamnese (bzgl. Erkrankungen mit Relevanz für den Reha-Prozess oder die sozialmedizinische Beurteilung)					
1.4 Haupterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
1.5 weitere reha-relevante Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.6 Vegetative Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.7 Krankheitsrelevante biografische Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
1.8 Kontextfaktoren: Risikofaktoren und -verhalten, Aktiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

2. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen

	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
2.1 Jetzige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Subjektive Einschränkungen der Aktivität / Teilhabe				
2.2 im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.3 <i>im Beruf</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2.4 Krankheitsverständnis und Informationsstand des Pat. / Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Gegenwärtige Therapie					
	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen	
3.1 Therapeutische Maßnahmen zum Aufnahmezeitpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4. Allgemeine Sozialanamnese					
	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen	
4.1 Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4.2 Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
4.3 Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
5. Arbeits- und Berufsanamnese					
	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
5.1 Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
5.2 Beruflicher Werdegang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.3 <i>Beschreibung des Arbeitsplatzes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.4 <i>AU-Zeiten (in den letzten 12 Monaten)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zusammenfassende Bewertung Bereich A - Anamnese (1 - 5)					
Mängelkategorien:	keine Mängel <input type="checkbox"/>	leichte Mängel <input type="checkbox"/>	deutliche Mängel <input type="checkbox"/>	gravierende Mängel <input type="checkbox"/>	
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]				
	sehr gut		sehr schlecht		

Bereich B - Diagnostik

6. Aufnahmebefund, Vorbefunde, Ergänzende Diagnostik

	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
6.1 Körperliche Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Psychiatrische u. psychologische Untersuchungen u. Befunde					
6.2 Psychischer bzw. psycho-pathologischer Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6.3 Psychodynamischer oder verhaltensanalytischer Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6.4 Testpsychologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6.5 Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
6.6 Technische Untersuchung adäquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.7 Zusätzliche Untersuchungen aus anderen Fachgebieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6.8 Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

Zusammenfassende Bewertung Bereich B - Diagnostik (6)

	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Mängelkategorien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]			
	sehr gut			sehr schlecht

Bereich C - Therapieziele / Therapie						
7. Rehabilitationsziele						
		keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen	
7.1	Individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
7.2	Ziele adäquat für Reha-Problem des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
8. Rehabilitationsverlauf						
		keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
8.1	Reha-Konzept schlüssig dargestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Art der Behandlungsmaßnahmen adäquat					
8.2	Schädigung der Strukturen und Funktionen: psychisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.3	Schädigung der Strukturen und Funktionen: somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.4	Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.5	Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.6	edukativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.7	Dichte und Reihenfolge der Behandlungsmaßnahmen adäquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Verlauf des Reha-Prozesses					
8.8	psycho-sozial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.9	somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.10	edukativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.11	Partizipation und Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8.12	Motivation und Kooperation des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zusammenfassende Bewertung Bereich C – Therapieziele und Therapie (7 - 8)						
		keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel	
Mängelkategorien:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualitätspunkte:		[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]				
		sehr gut		sehr schlecht		

Bereich D - Klinische Epikrise					
9. Rehabilitationsergebnis					
	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen	
Reha-Ergebnisse und Abschlussbefund					
9.1	Beurteilung durch den verantwortlichen Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2	Patientenselbsteinschätzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.3	Diagnosen durch Anamnese und Befund plausibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.4	Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zusammenfassende Bewertung Bereich D – Klinische Epikrise (9)					
	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel	
Mängelkategorien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]				
	sehr gut			sehr schlecht	

Bereich E - Sozialmedizinische Epikrise

10. Sozialmedizinische Epikrise

	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
<i>Teilhabe am Arbeitsleben</i>					
<i>Aussagen zur letzten beruflichen Tätigkeit</i>					
10.1 Qualitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
10.2 Quantitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
<i>Positives und negatives Leistungsvermögen</i>					
10.3 Qualitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
10.4 Quantitative Beurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
10.5 Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
10.6 Alltagsrelevante Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.7 Alltagsrelevante Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.8 Alltagsrelevante Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.9 Sozialmedizinische Beurteilung plausibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

Zusammenfassende Bewertung Bereich E - Sozialmedizinische Epikrise (10)

	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Mängelkategorien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]			
	sehr gut		sehr schlecht	

Bereich F - Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

11. Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

	keine Mängel	leichte Mängel	gravier. Mängel	nicht relevant	Begründung für grav. Mängel bzw. Bemerkungen
11.1 Weitere Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11.2 Weitere Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
11.3 Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11.4 Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Zusammenfassende Bewertung Bereich F - Weiterführende Maßnahmen / Nachsorge (11)

Mängelkategorien:	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]			
	sehr gut		sehr schlecht	

Zusammenfassende Bewertung gesamter Reha-Prozess (1 - 11)

Mängelkategorien:	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätspunkte:	[10] - [9] - [8] - [7] - [6] - [5] - [4] - [3] - [2] - [1] - [0]			
	sehr gut		sehr schlecht	

Bearbeitungszeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	T T M M J J J J

Manual zur Checkliste der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für die Indikationsbereiche psychische und Abhängigkeits-erkrankungen

A. Anamnese

1. Allgemeine und klinische Anamnese

Erwartet wird eine umfassende Darstellung der bisherigen klinischen Anamnese. Die Anamnese muss so vollständig sein, wie dies für das Gesamtverständnis des Einzelfalles erforderlich ist. Sie sollte ohne verkürzende Hinweise auf Vorgutachten oder sonstige vorliegende medizinische Unterlagen wiedergegeben werden.

1.1 Zugang zur Rehabilitation

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- der Zugangsweg zur Rehabilitation dargelegt wird:
 - Eigeninitiative, Anregung durch behandelnden Arzt
 - Anregung durch die Krankenkasse
 - Anregung durch eine Akut-Klinik
 - Anregung durch den RV-Träger („Reha vor Rente“, abgelehnter Rentenantrag, Widerspruch, Klageverfahren)
- die Art des Verfahrens dargelegt wird (allgemeines Verfahren, AHB oder Anschluss-Rehabilitation)
- ggf. Hinweis auf Kontakt/Vernetzung mit vor behandelnder Einrichtung erfolgt.

1.2 Behandlungsmotivation

Bei diesem Merkmal werden Angaben darüber erwartet

- was der Patient selbst unternommen hat, um Behandlung zu bekommen
- wie viel Beteiligung der Patient anbietet.

1.3 Familienanamnese

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Erkrankungen in der Familie, die für die Erkrankungen des Patienten und deren Verlauf eine Relevanz haben
- andernfalls Hinweis, dass keine diesbezüglichen Erkrankungen in der Familie vorliegen.

1.4–1.5: Eigenanamnese (bzgl. Erkrankung mit Relevanz für den Reha-Prozess oder für die sozialmedizinische Beurteilung)

Es sollen alle wesentlichen Erkrankungen und Unfälle (einschließlich Berufserkrankungen und Arbeitsunfälle) sowie Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit Relevanz für den Reha-Prozess und/oder für die sozialmedizinische Beurteilung berücksichtigt werden. Dabei sind der Verlauf und diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzubeziehen.

1.4 Eigenanamnese bezogen auf die Haupterkrankung

Bei diesem Merkmal werden Angaben bezüglich des für die Rehabilitation ausschlaggebenden Leidens („Haupterkrankung“) erwartet über

- den bisherigen Krankheitsverlauf und Veränderungen der Beschwerden im Zeitverlauf (Beginn, Dauer, Frequenz, Intensität)
- Reha-Charakteristik der Erkrankung
- Chronifizierung und Krankheitsfolgen
- Suchtanamnese und die Vorbereitung auf die Rehabilitation bei Angängigkeitserkrankten
- Erfolgte somatische, funktionelle und psychosoziale Diagnostik und deren Befunde und Diagnosen
- Erfolgte therapeutische Maßnahmen (nicht-medikamentös und medikamentös) mit Angaben zur Art, Häufigkeit, Compliance, subjektiv empfundener Wirksamkeit und Nebenwirkungen
- Ggf. Krankenhausaufenthalte, medizinische Reha-Leistungen (ambulante und stationäre), Nachsorgemaßnahmen, behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung), Patientenschulungen, Selbsthilfegruppen.

1.5 Eigenanamnese bezogen auf weitere reha-relevante Erkrankungen

Bei diesem Merkmal werden Angaben bezüglich weiterer für die Rehabilitation relevanter Leiden erwartet über

- den bisherigen Krankheitsverlauf und Veränderungen der Beschwerden im Zeitverlauf (Beginn, Dauer, Frequenz, Intensität)
- Reha-Charakteristik der Erkrankung
- Chronifizierung und Krankheitsfolgen
- erfolgte somatische, funktionelle und psychosoziale Diagnostik und deren Befunde und Diagnosen
- erfolgte therapeutische Maßnahmen (nicht-medikamentös und medikamentös) mit Angaben zu Art, Häufigkeit, Compliance, subjektiv empfundener Wirksamkeit und Nebenwirkungen
- ggf. Krankenhausaufenthalte, medizinische Reha-Leistungen (ambulante und stationäre), Nachsorgemaßnahmen, behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung), Patientenschulungen, Selbsthilfegruppen.

1.6 Vegetative Anamnese

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- vegetative Funktionen, wie z. B. Appetit, Schlaf (Schnarchen, Apnoe), Miktion, Stuhlgang, Gewichtsverlauf, Schweißausbrüche, erektile Dysfunktion, urogenitale Störungen

1.7 Krankheitsrelevante biografische Anamnese

Bei diesem Merkmal werden zusammenfassende Angaben erwartet über

- krankheitsrelevante Belastungen in der Kindheit und im Jugendalter
- krankheitsrelevante Belastungen im Erwachsenenalter („life-events“)
- ggf. der Hinweis, dass keine relevanten Ereignisse vorliegen.

1.8 Kontextfaktoren: Risikofaktoren und -verhalten, Aktiva

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- die Risikofaktoren
- Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten, die mit einem Krankheits-

risiko verbunden sind (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Drogen, Fehlernährung, mangelnde Erholung, Bewegungsmangel, Stress, inadäquates Stressverhalten, extremer Sport)

- die therapeutisch zu nutzenden „Aktivposten“ (Ressourcen und Potenziale): z.B.: wichtige Bezugspersonen, Entwicklungspotenziale, Bewältigungsstrategien
- ggf. der Hinweis, dass keine Risiken u./o. Aktiva eruierbar sind.

2. Jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen

2.1 Jetzige Beschwerden

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Aktuelle Beschwerden (subjektive Gewichtung, Akutheit)
- Charakter der Beschwerden (Art, Intensität, Dauer, Frequenz, Lokalisation, Situations-/ Belastungsabhängigkeit, Reproduzierbarkeit).

2.2–2.3: Subjektive Einschränkungen der Aktivität/ Partizipation

Erwartet wird eine Überleitung von der „Schädigungsebene“ auf die Ebene der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im Alltag (Freizeit/ Haushalt) und Beruf. Was fällt konkret schwer aus Sicht des Rehabilitanden? Liegen psychosoziale oder emotionale Einschränkungen vor?

Es ist notwendig, die subjektiven Krankheitsfolgen detailliert zu beschreiben, weil die zu Beginn der Behandlung bestehenden Beschwerden und Einschränkungen ein Bezugspunkt sind für die Bemessung des subjektiven Behandlungserfolges.

Aktivität im Sinne der ICF ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch haben kann, die Aktivität durchzuführen.

Teilhabe im Sinne der ICF ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation (z. B. soziale Interaktion, Gemeinschaftsleben). Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Schwierigkeiten, die ein Mensch im Hinblick auf sein Einbezogensein in eine Lebenssituation haben kann.

2.2 Im Alltag

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Aktivität in verschiedenen Bereichen des Alltags (z.B.: Freizeit, Haushalt, Partnerschaft, Familie)
- Beeinträchtigung der Partizipation in verschiedenen Bereichen des Alltags, beispielsweise bezüglich der Bewältigung des häuslichen Lebens (z. B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsgegenstände pflegen)
- subjektive Belastungen des Patienten, die aus den Beschwerden und Einschränkungen im Alltag resultieren
- andernfalls Hinweis, dass keine Einschränkungen im Alltag vorliegen.

2.3 Im Beruf

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Aktivität im Beruf
- ggf. Probleme mit Vorgesetzten und Arbeitskollegen
- Beeinträchtigung der Partizipation im Beruf
- subjektive Belastungen des Patienten, die aus den Beschwerden und Einschränkungen im Beruf resultieren
- andernfalls Hinweis, dass keine Einschränkungen im Beruf vorliegen.

2.4 Krankheitsverständnis und Informationsstand des Patienten/ Krankheitsverarbeitung

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Informationsstand und Aufklärungsgrad des Patienten
- subjektive Erklärung der Krankheit und ihrer Kontrollmöglichkeiten
- günstige und ungünstige Bewältigungsstrategien
- inklusive Ressourcen (z.B. autogenes Training, Psychotherapie).

3. Gegenwärtige Therapie

3.1 Therapeutische Maßnahmen zum Aufnahmezeitpunkt

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- laufende nichtmedikamentöse und medikamentöse Behandlungen mit Angaben zur Art, Dosierung, Dauer, Häufigkeit
- Ansprechen auf und Ergebnisse der ggf. durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (auch Hinweise zur Compliance)
- andernfalls Hinweis, dass keine therapeutischen Maßnahmen durchgeführt wurden.

4. Allgemeine Sozialanamnese

4.1 Kontextfaktoren

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- soziale Situation und soziale Belastungen in Familie, Beruf und/oder Freizeit: soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld wie z. B. Pflege von Angehörigen
 - familiäre/partnerschaftliche Situation
 - Anzahl und Alter der Kinder (insgesamt und im Haushalt lebend)
 - Wohnsituation und Art der häuslichen Versorgung (z. B. eigener Haushalt, Alten-/Pflegeheim, ambulante Pflege)
 - finanzielle Situation, Schulden
 - Freizeitverhalten
 - Führerschein
 - Fragen nach Vorstrafen/laufende Strafverfahren
 - (mangelnder) sozialer Rückhalt
- MdE-/GdB-Anerkennung
- laufende Sozialleistungsanträge, insbesondere Anträge auf berufliche Rehabilitation oder Frührente
- laufende Sozialstreitigkeiten
- Pflegestufe
- Hilfsmittel
- andernfalls Hinweis, dass keine sozialen Belastungen eruierbar sind.

4.2 Aktivität

Bei diesem Merkmal werden – ergänzend zu den unter 2.2 erfassten subjektiven Einschränkungen der Aktivität – Angaben erwartet über

- Beeinträchtigung beim Lesen und der Wissensanwendung (z. B. Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- Beeinträchtigung 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)
- Beeinträchtigung der Kommunikation, Konversation und Diskussion
- andernfalls Hinweis, dass keine Beeinträchtigungen der Aktivitäten in den genannten Bereichen feststellbar sind.

4.3 Teilhabe

Bei diesem Merkmal werden – ergänzend zu den unter 2.2 erfassten subjektiven Einschränkungen der Teilhabe – Angaben erwartet über

- die adäquate Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z. B. formelle Beziehungen, Familie und intime Beziehungen)
- die Teilnahme am Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben
- andernfalls Hinweis, dass keine Beeinträchtigungen der Teilhabe in den genannten Bereichen feststellbar sind.

5. Arbeits- und Berufsanamnese

Bei Patienten aus dem Bereich der Rentenversicherung muss in jedem Fall das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit erfragt und wiedergegeben werden. Nur wenn diese Beschreibung exakt erfolgt, kann zum Abschluss der Rehabilitation das Fähigkeitsprofil des Versicherten mit dem Anforderungsprofil der Tätigkeit abgeglichen werden. Dieser Abgleich ist erforderlich für eine nachvollziehbare Einschätzung der Einsatzfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

5.1 Erwerbsstatus

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- den derzeitigen Erwerbsstatus (z. B. erwerbstätig, Hausfrau, arbeitslos, in Ausbildung, Vorruhestand, Rentner).

5.2 Beruflicher Werdegang

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Schulabschluss
- Berufsausbildung (mit und ohne Abschluss)
- Übersicht über das Berufsleben (einschließlich Berufswechsel aus gesundheitlichen und sonstigen Gründen; ggf. auch Dauer der Betriebszugehörigkeit)
- ggf. krankheitsbedingte(r) Arbeitsplatzwechsel/Arbeitszeiteinschränkung/Umschulung
- die jetzige berufliche Stellung
- ggf. gegenwärtige Arbeitslosigkeit.

5.3 Beschreibung des Arbeitsplatzes

Hier werden Angaben des Rehabilitanden berücksichtigt. Sollten objektive Angaben zum Anforderungsprofil vorliegen (z. B. Arbeitsplatzbeschreibung durch den Betriebsarzt), ist darauf hinzuweisen. Die Beurteilung des Merkmals entfällt für Arbeitslose.

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- jetzige Tätigkeit mit Arbeitsplatzbeschreibung (ggf. auch Angaben zu speziellen Gefährdungsmomenten)
- körperliche, psychische und/oder soziale Belastungen am Arbeitsplatz
- Arbeitsorganisation
- Erreichen des Arbeitsplatzes
- Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- ggf. sonstige relevante Informationen (z. B. Betriebsgröße, betriebsärztliche Versorgung).

5.4 AU-Zeiten (in den letzten 12 Monaten)

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Dauer, Frequenz und Anlass/Ursache von AU-Zeiten während der vergangenen zwölf Monate
- derzeitige AU mit Angabe des Beginns und der Ursache
- andernfalls Hinweis, dass keine AU-Zeiten vorliegen.

B. Diagnostik

6. Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik

Es wird erwartet, dass sich der klinische Untersuchungsbefund nicht auf den indikationsspezifischen Bereich beschränkt, sondern zumindest orientierend ein Gesamtstatus erstellt wird. Dies schließt auch die Dokumentation des körperlichen Befundes ein. Je nach Bedarf sind angemessene Diagnostik und Zusatzuntersuchungen durchzuführen. Die klinisch-apparative Diagnostik soll sich am Rehabilitationsauftrag und -ziel orientieren, allenfalls die notwendigen differentialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen. Eine klinisch umfassende Gesamtdiagnostik ist in der Regel nicht erforderlich. Es gilt das „Soviel wie nötig und so wenig wie möglich“. Die Diagnostik sollte nicht als das Wichtigste der Rehabilitation erscheinen.

6.1 Körperliche Untersuchungen

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- die medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung (AZ, EZ, Haut, Blutdruck, Herzfrequenz, BMI etc.).
- Art und Ausmaß von Organbeteiligung/-schädigung
- somatische Folgen (z. B. der Sucht, Ess-Störung)
- funktionelle Einbußen/Funktionsstörungen

Falls Untersuchungen fehlen oder sonstige Mängel vorliegen, sollen diese vom Peer einzeln aufgeführt werden.

6.2–6.4: Psychiatrische und psychologische Untersuchungen und Befunde

6.2 Psychischer bzw. psychopathologischer Befund

Erwartet werden bei diesem Merkmal

- Zusammenfassende Angaben (z. B. über äußeres Erscheinungsbild, Ausdrucks- und Sprachverhalten, Verhalten in der Untersuchungssituation, Bewusstsein (Orientierung, Aufmerksamkeit und Auffassung, 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.

6.3 Psychodynamischer oder verhaltensanalytischer Befund

Bei diesem Merkmal wird erwartet, dass

bei tiefenpsychologisch orientierten Behandlungen

- eine beziehungs- und / oder konfliktpsychologische Hypothese bzgl. der Probleme formuliert wird

oder bei verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungen

- ein Symptom bezogenes Bedingungsgefüge dargelegt wird.

6.4 Testpsychologische Untersuchung

Bei diesem Merkmal wird erwartet, dass die allgemeinen und individuellen psychodiagnostischen Verfahren im Hinblick auf Art und Ergebnis angegeben werden

- symptomspezifischer Bereich
- psychosomatischer Bereich
- Persönlichkeitsbereich
- arbeitsbezogener Bereich
- ggf. Intelligenz- und Leistungsbereich
- ggf. Hinweis, warum keine Tests gemacht wurden.

Falls Untersuchungen fehlen oder sonstige Mängel vorliegen, sollten diese vom Peer einzeln aufgeführt werden.

6.5 Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Aktivität

Grundlage dieses Merkmals bildet die Forderung, dass der Arzt die in der Anamnese erhobenen Aussagen des Patienten hinsichtlich seiner Beeinträchtigungen der Aktivität validieren soll (z. B. mit entsprechenden Tests).

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über:

- Auswirkungen von psycho-sozialen, somatischen und edukativen Beeinträchtigungen auf die Aktivität, z. B.:
 - Selbstversorgung
 - Aktivitäten im Haushalt
 - soziale Aktivitäten
- Andernfalls Hinweis, dass keine Aktivitätsbeeinträchtigungen vorliegen.

6.6 Technische Untersuchungen adäquat

Der Terminus „technische Untersuchungen“ umfasst die Laboruntersuchungen sowie apparative Untersuchungen, wie z. B. EEG, Röntgen, Sonografie, Echokardiografie. Erforderlich sind nur Angaben zu Untersuchungen, die für das Rehabilitationsziel relevant sind.

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass:

- die Art der technischen Untersuchungen angegeben wird (mit erkennbarer Zielsetzung, genauer Messwertangabe und nachvollziehbarer Beurteilung der Ergebnisse)
- die durchgeführten technischen Untersuchungen zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich sind.

Fehlende oder nicht plausible Untersuchungen und sonstige Mängel sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

6.7 Zusätzliche Untersuchungen aus anderen Fachgebieten

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die Art der technischen Untersuchungen angegeben wird (mit erkennbarer Zielsetzung, genauer Messwertangabe und nachvollziehbarer Beurteilung der Ergebnisse)
- die durchgeführten technischen Untersuchungen zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich sind.

Fehlende oder nicht plausible Untersuchungen und sonstige Mängel sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

6.8. Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet darüber, ob

- zwischen den subjektiven Beschwerden des Patienten und den erhobenen Befunden eine Diskrepanz vorliegt
- andernfalls Hinweis, dass keine Diskrepanz vorliegt.

C. Therapieziele und Therapie

7. Rehabilitationsziele

Der Begriff „Rehabilitationsziele“ wird hier sehr umfassend verstanden, d.h. er bezieht sich auf die psychosoziale, somatische, funktionale und edukative Ebene und die Ebene der Aktivität und Partizipation. Die Rehabilitationsziele orientieren sich an ihrer sozialmedizinischen Bedeutung. Sie sind auf der Basis der festgestellten Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu formulieren, zum Beispiel bezogen auf Allgemeinbefinden, Schmerz, Funktion, Veränderungen im Medikamentengebrauch, Risikofaktoren und Leistungsvermögen im Erwerbsleben. Wesentlich ist die Formulierung von realistischen Einzelzielen aus Sicht von Arzt und Patient, die sich an der individuellen Problematik des Rehabilitanden orientieren, seine Fähigkeiten und Stärken einbeziehen und in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar sind.

7.1 Individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass:

- die individuellen Erwartungen und Ziele des Patienten beschrieben werden und die Ziele vom Patienten und dem verantwortlichen Therapeuten weitgehend gemeinsam festgelegt wurden
- auf etwaige Unterschiede zwischen den Zielen des Patienten und den Zielen des Arztes/Therapeuten hingewiesen wird.

7.2 Ziele adäquat für Reha-Problem des Patienten

(vergl. Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen der Rehabilitation)

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die Rehabilitationsziele angemessen und plausibel sind unter Berücksichtigung der selbsterhobenen und Fremdinformation (Anamnese und Diagnostik)
- die Reha-Belastbarkeit des Patienten berücksichtigt wird
- der zur Verfügung stehende zeitliche Rahmen angemessen ist
- keine Behandlungsaufgaben/Behandlungsmaßnahmen als Ziele genannt werden
- nicht mehrere Ziele unter einem Punkt auftauchen
- Ziele ausreichend spezifisch sind und keine Globalziele (z. B. Erhalt der Erwerbstätigkeit) genannt werden.

8. Reha-Verlauf

8.1 Reha-Konzept schlüssig dargestellt

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- ein integratives Behandlungskonzept schlüssig dargestellt wird, in dem auch die Auswahl der Therapiemaßnahmen begründet wird
- die Behandlungsmaßnahmen aus den Rehabilitationszielen ableitbar sind
- im Behandlungskonzept etwaige Kontraindikationen berücksichtigt wurden.

8.2–8.5: Art der Behandlungsmaßnahmen adäquat

Bezüglich der Merkmale 8.2 – 8.5 wird allgemein erwartet, dass die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen adäquat sind für die spezifische Problematik des Patienten. Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells der ICF sind die Behandlungsmaßnahmen so zu gestalten, dass sie auf der Ebene der Körperfunktion bzw. Schädigung, der Ebene der Aktivität und der Ebene der Teilhabe wirksam werden (vergl. Erläuterungen zur ICF). Im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation sollen die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar sind, auch genutzt werden. Im folgende werden weitere, spezielle Anforderungen aufgeführt:

8.2 Schädigung der Funktion und Strukturen: Psychisch

Psychisch orientierte Behandlungsmaßnahmen beziehen sich auf Ziele der Dimension: Besserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene. Sie zielen primär auf die Beeinflussung der Schädigung von Körperfunktion und -struktur sowie auf die Beeinflussung der Aktivität im Sinne der ICF ab.

(Beispiel: Psychotherapie einzeln, Psychotherapie in der Gruppe, störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitserkrankungen, Problem- und störungs-

orientierte Gruppenarbeit, Hirnleistungstraining, soziales Kompetenztraining, indikative Gruppe „Depression“ oder „Adipositas“)

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die psycho-sozial orientierten Behandlungsmaßnahmen, die angezeigt waren, auch im erforderlichen Umfang durchgeführt wurden
- die Maßnahmen, die durchgeführt wurden, auch indiziert waren.

Fehlende oder nicht plausible Behandlungsmaßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

8.3 Schädigung der Strukturen und Funktionen: Somatisch

Somatisch orientierte Behandlungsmaßnahmen beziehen sich auf Ziele der Dimension: Besserung von Beschwerden auf somatischer Ebene. Sie zielen primär auf die Beeinflussung der Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen im Sinne der ICF ab.

(Beispiele: Manuelle Therapie zur Verbesserung des Bewegungsumfangs eines Gelenkes, Sporttherapie zur Kräftigung einer Muskelgruppe, Bewegungstherapie zur Verbesserung der kardialen Belastbarkeit).

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die somatisch orientierten Behandlungsmaßnahmen (z. B. ärztliche Therapie, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie), die angezeigt waren, auch im erforderlichen Umfang durchgeführt wurden
- die Maßnahmen, die durchgeführt wurden, auch indiziert waren.

Fehlende oder nicht plausible Behandlungsmaßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

8.4. Aktivität

Die Behandlungsmaßnahmen zielen primär auf die Beeinflussung der Aktivität im Sinne der ICF ab.

(Beispiel: Indikationsspezifische psychologische Gruppenarbeit, Gruppenpsychotherapie: störungsspezifisch verhaltenstherapeutisch, Gruppenpsychotherapie: störungsspezifisch psychodynamisch, Freizeitkompetenztraining, Projektarbeit, Sport-, Bewegungs- und Erlebnistherapie, Ergo- und Kreativtherapie))

Bezüglich diese Merkmals wird erwartet, dass

- Behandlungsmaßnahmen ergriffen worden sind, die bei bestehender somatischer Schädigung die Aktivitäten verbessern helfen
- die Maßnahmen, die durchgeführt wurden, auch indiziert waren
- im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar waren, auch genutzt wurden (z. B. Belastungserprobung im häuslichen Bereich).

Fehlende oder nicht plausible Behandlungsmaßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

8.5 Teilhabe

Die Maßnahmen zielen primär auf die Beeinflussung der Teilhabe im Sinne der ICF ab. Durch die angewandten Maßnahmen wird primär die Teilhabe auf der Ebene der Domänen Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben und Gemeinschaftsleben verbessert.

(Beispiel: Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie, externe Belastungserprobung, Angehörigengruppe, Angehörigengespräche, Bewerbertraining, EDV- Schulung, Sozialberatung, Berufsberatung, Arbeits- und Berufspraktika, Gespräch mit Arbeitgeber)

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- unter Berücksichtigung der psychosozialen Belastungen des Patienten eine Sozialberatung, die angezeigt war, auch durchgeführt wurde (z. B. bzgl. der Teilhabe am Arbeitsleben, Selbsthilfegruppen, Pflege)
- die Maßnahmen, die durchgeführt wurden, auch indiziert waren
- im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar waren, auch genutzt wurden (z. B. Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt, Belastungserprobung am Arbeitsplatz, Angehörigenberatung, Abstimmung der Nachsorgeempfehlungen mit dem Hausarzt, Einbeziehung von Sozialstationen und Berufsintegrationsfachdiensten).

Fehlende oder nicht plausible Behandlungsmaßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden

8.6 Edukativ

Edukativ orientierte (Behandlungs-) Maßnahmen zielen auf die Beeinflussung der veränderbaren Risikofaktoren/personenbezogenen negativen Kontextfaktoren im Sinne der ICF ab. Durch die angewandten Maßnahmen wird primär das Gesundheitsverhalten verbessert.

(Beispiele: Psychoedukative Gruppe, Gesundheitsschulungen, Ernährungsberatung, krankheitsspezifische Gesundheitsbildung, Training in Aktivität des täglichen Lebens)

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- eine adäquate allgemeine Gesundheitsbildung oder ein adäquates allgemeines Gesundheitstraining durchgeführt wurde
- eine adäquate krankheitsspezifische Gesundheitsbildung oder ein adäquates krankheitsspezifisches Gesundheitstraining durchgeführt wurde
- die Maßnahmen, die durchgeführt wurden, auch indiziert waren.
- im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die spezifischen Möglichkeiten dort, wo sie sinnvoll anwendbar waren, auch genutzt wurden (z. B. Einbeziehung von Angehörigen in Schulungsprogramme)

Fehlende oder nicht plausible Maßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

8.7 Dichte und Reihenfolge der Behandlungsmaßnahmen adäquat

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die Dichte der Behandlungsmaßnahmen der spezifischen Problematik des Patienten angemessen ist
- die Behandlungsmaßnahmen in einer sinnvollen Reihenfolge angeordnet sind
- die Behandlungsmaßnahmen über die Tage und über die Wochen sinnvoll verteilt sind
- eine eventuell besonders geringe Therapiedichte in den ersten Tagen der Reha-Maßnahme begründet wird.
- im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation die spezifischen Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Therapie dort, wo sie sinnvoll anwendbar waren, auch genutzt wurden.

8.8–8.11: Verlauf des Reha-Prozesses

Bei den Merkmalen 8.8 bis 8.11 wird erwartet dass

- im Verlauf der Reha-Maßnahme alle relevanten Diagnosen, die Beeinträchtigungen der Aktivität sowie deren Beeinflussbarkeit, evtl. Risikokonstellationen und die Krankheitsverarbeitung berücksichtigt werden und transparent dargestellt werden.
- die Diagnostik im Verlauf, evtl. Konsiliarbefunde und das therapeutische Vorgehen im Rehabilitationsprozess (auch einbezogene Heil- und Hilfsmittel) dargestellt bzw. erwähnt werden
- bei Vorliegen eines speziellen Konzeptes zur medizinisch-beruflichen Orientierung genauere Angaben zu Reha-Plan und Verlauf gemacht werden
- etwaige Umstellungen des therapeutischen Vorgehens begründet werden
- ggf. die Gründe für eine Reha-Verlängerung erwähnt werden
- etwaige Komplikationen dargestellt werden

8.8 Psycho-sozial

Verlauf von Behandlungsmaßnahmen mit Bezug auf Ziele der Dimension: Besserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene (vergl. Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen).

8.9 Somatisch

Verlauf von Behandlungsmaßnahmen mit Bezug auf Ziele der Dimension: Besserung von Beschwerden auf somatischer Ebene (vergl. Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen).

8.10 Edukativ

Verlauf von Behandlungsmaßnahmen mit Bezug auf Ziele der Dimension: Zielsetzungen auf edukativer Ebene (vergl. Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen).

8.11 Aktivität und Teilhabe

Verlauf der Behandlungsmaßnahmen mit Bezug auf Ziele der Dimension: Zielsetzungen auf der Ebene von Aktivität und Teilhabe, unter Integration der psycho-sozial, somatisch und edukativ ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen (vergl. Erläuterungen zur ICF und Zieldimensionen).

8.12 Motivation und Kooperation des Patienten

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- Angaben über die Motivation und Kooperation des Patienten im Verlauf gemacht werden (Entwicklung/Veränderung)
- ggf. die Auswirkungen einer eingeschränkten Motivation und Kooperation auf den Reha-Verlauf diskutiert werden.

D. Klinische Epikrise

9. Rehabilitationsergebnis

9.1–9.2: Reha-Ergebnisse und Abschlussbefund

9.1 Beurteilung durch den verantwortlichen Therapeuten

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- der Befund bei der Abschlussuntersuchung adäquat erhoben wird
- bei allen für den Patienten relevanten Dimensionen des Gesundheitsstatus Angaben über die während der Reha-Maßnahme eingetretenen Veränderungen gemacht werden
- eventuelle Diskrepanzen zum Urteil des Rehabilitanden erläutert werden
- der Untersuchungsbefund der Abschlussuntersuchung mit dem Untersuchungsbefund der Aufnahmeuntersuchung verglichen wird.

9.2 Patientenselbsteinschätzung

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zum Reha-Ergebnis und zu den erreichten Reha-Zielen dargestellt wird.

9.3 Diagnosen durch Anamnese und Befund plausibel

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die gestellten Diagnosen durch die Anamnese und die Untersuchungsbefunde hinreichend fundiert sind.

9.4 Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- der gesamte Reha-Verlauf in den individuell relevanten Dimensionen (psycho-sozial, somatisch, edukativ, Aktivität/Teilhabe – vgl. Anhang) zusammenfassend kritisch gewürdigt wird
- die erzielten Ergebnisse bezogen auf die Therapieziele zusammenfassend kritisch gewürdigt werden
- ausbleibende oder negative Reha-Effekte kritisch erörtert werden.

E. Sozialmedizinische Epikrise

10. Sozialmedizinische Epikrise

Im Rahmen der sozialmedizinischen Stellungnahme ist für Erwerbstätige und Rehabilitanden, die eine Erwerbsminderungsrente auf Zeit oder Dauer erhalten, eine erwerbsbezogene Leistungsbeurteilung erforderlich (Merkmal 10.1).

Bei der sozialmedizinischen Stellungnahme müssen die für den Patienten relevanten Dimensionen (psycho-sozial, somatisch, edukativ, Aktivität/Teilhabe) berücksichtigt werden. Qualitative Leistungseinschränkungen sind mit dem jeweiligen Krankheitsbild in Beziehung zu setzen, die quantitative Leistungseinschätzung muss sich nachvollziehbar aus einer zusammenfassenden Bewertung der bestehenden qualitativen Einschränkungen ergeben.

Die sozialmedizinische Stellungnahme für nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehende (nicht versicherte Angehörige, Altersrentenempfänger, Hinterbliebenenrenten-Empfänger) muss eine Aussage zu dem Merkmal 10.6–10.8 enthalten. Diese drei Merkmale sind in der Regel für Personen, die im Erwerbsleben stehen nicht relevant.

Teilhabe am Arbeitsleben

10.1–10.2: Aussagen zur letzten beruflichen Tätigkeit

Hierzu zählt jede zuletzt ausgeübte abhängige Beschäftigung wie auch selbständige Erwerbstätigkeit, die der Versicherungspflicht unterliegt und nicht nur als regelmäßige Aushilfstätigkeit und auch nicht als geringfügige Beschäftigung anzusehen ist. Erwartet wird eine tätigkeitsbezogene Berufsbezeichnung, die Hinweise auf die Arbeitsbedingungen gibt.

10.1 Qualitative Beurteilung

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die Anforderungen des Arbeitsplatzes (= Tätigkeitsprofil) erkennbar werden
- eventuell besondere Belastungen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit beschrieben werden
- die Leistungsfähigkeit des Patienten in Beziehung gesetzt wird zu den beruflichen Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (qualitativ)
- etwaige Diskrepanzen diskutiert werden.

10.2 Quantitative Beurteilung

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- Aussagen gemacht werden, in welchem zeitlichen Umfang eine Erwerbstätigkeit entsprechend der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit ausgeübt werden kann
- etwaige zeitliche Einschränkungen begründet werden
- ggf. das Datum des Beginns einer quantitativen Einschränkung angegeben wird
- die diesbezüglichen Aussagen nachvollziehbar sind.

10.3–10.4: Positives und negatives Leistungsvermögen

10.3 Qualitative Beurteilung

Das positive Leistungsvermögen muss beschrieben werden mit Ausnahme derjenigen Fälle, in denen das Leistungsvermögen entweder auf Dauer völlig aufgehoben ist (Leistungsvermögen unter 3 Stunden) oder vom Ergebnis einer zeitnah bevorstehenden Intervention abhängig ist.

Das negative Leistungsvermögen muss erstellt werden, wenn

- trotz Leistungsfähigkeit von 6 Stunden oder mehr körperliche, geistige oder seelische Einschränkungen vorliegen oder
- keine Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 6 Stunden oder mehr vorliegt.

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die vorliegenden Fähigkeitsstörungen/Beeinträchtigungen der Aktivität aufgeführt werden
- die Art zu vermeidender Gefährdungen und Belastungen aufgezeigt wird
- die diesbezüglichen Angaben nachvollziehbar dargelegt werden.

Anmerkung für den Peer

Bei diesem Merkmal sind „gravierende Mängel“ anzukreuzen, wenn ein erforderliches positives oder ein erforderliches negatives Leistungsvermögen nicht beschrieben wird.

10.4 Quantitative Beurteilung

Eine quantitative Beurteilung in Bezug auf das positive und das negative Leistungsvermögen muss praktisch immer erfolgen (z. B. „unter 3 Stunden“ bei völlig aufgehobenem Leistungsvermögen).

Eine Ausnahme liegt vor, wenn das Leistungsvermögen vom Ergebnis einer zeitnah bevorstehenden Intervention abhängig ist.

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- der zeitliche Umfang, in dem eine berufliche Tätigkeit entsprechend dem vorhandenen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann, angegeben wird
- ggf. das Datum des Beginns einer quantitativen Einschränkung angegeben wird
- die diesbezüglichen Angaben aus dem beschriebenen Leistungsvermögen nachvollziehbar sind.

10.5 Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- die Einschätzung des Patienten bzgl. seiner Leistungsmotivation und beruflichen Leistungsfähigkeit
- konkrete Absichten/Pläne/Neuorientierungen des Patienten
- etwaige Diskrepanzen zwischen der Einschätzung des Patienten und der Einschätzung des Arztes/der Therapeuten.

10.6 Alltagsrelevante Kontextfaktoren

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- soziale Situation (soziale Unterstützung, Familie, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld, wie z. B. Pflege von Angehörigen)
- Wohnsituation und Barrieren
- Hilfsmittel
- Pflegestufe.

10.7 Alltagsrelevante Aktivitäten

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- die Mobilität (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen)
- die Selbstversorgung (z. B. sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, Essen, Trinken)
- Beeinträchtigungen beim Lernen und der Wissensanwendung (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 Kommunikation, Konversation und Diskussion

10.8. Alltagsrelevante Teilhabe

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- die Bewältigung des häuslichen Lebens (z. B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsgegenstände pflegen.
- die adäquate Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z. B. formelle Beziehungen, Familie und intime Beziehungen)
- die Teilnahme am Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben.

10.9 Sozialmedizinische Beurteilung plausibel

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- die sozialmedizinische Beurteilung unter Berücksichtigung von Anamnese, Diagnostik und erzieltm Reha-Ergebnis plausibel erscheint
- die Auswirkungen der Krankheitsfolgen auf die Fähigkeiten/Aktivitäten deutlich werden
- ggf. auf mögliche Pflegebedürftigkeit, Hilfsmittelversorgung, Notwendigkeit gesetzlicher Betreuung, Fahrtauglichkeit eingegangen wird.

F. Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

11. Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

11.1 Weitere Diagnostik

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- diagnostische Maßnahmen, die nach der Entlassung des Patienten durchgeführt werden sollen.

Fehlende oder nicht plausible Empfehlungen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

11.2 Weitere Therapie

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über z. B.

- empfohlene weiterbehandelnde psychosoziale Einrichtungen,
- empfohlene weitere Psychotherapie
- dem weiterbehandelnden Arzt empfohlene Durchführung/Verschreibung von therapeutischen Maßnahmen und Medikamenten
- gegebenenfalls mit Angaben zur Dauer, Häufigkeit und Dosis,
- gegebenenfalls mit Angaben zum Setting (ambulant/stationär)
- die Gründe für eine eventuell empfohlene/vorgenommene Änderung der bisherigen Therapie
- Empfehlungen zu strukturierten Nachsorgemaßnahmen
- konkrete Einleitung von Maßnahmen
- Informationen über teilstationäre/ambulante Angebote
- ggf. Vermittlung eines individuellen Therapieplatzes
- Bedarf an stufenweiser Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an die Leistungen zur medizinisch Rehabilitation und ggf. Stand der Vorbereitungen

Fehlende oder nicht plausible Maßnahmen sollen vom Peer einzeln aufgeführt werden.

11.3 Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Bezüglich dieses Merkmals müssen Angaben gemacht werden, wenn eine Einschränkung oder erhebliche Gefährdung der Leistungsfähigkeit in der letzten beruflichen Tätigkeit vorliegt, der durch Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben entgegen gewirkt werden kann.

Bezüglich dieses Merkmals wird erwartet, dass

- Empfehlungen bzgl. notwendiger beruflicher Reha-Maßnahmen erfolgen und organisatorische Hilfestellungen geboten werden
- diese Empfehlungen begründet werden
- ersichtlich wird, inwieweit die Empfehlungen mit dem Patienten besprochen wurden (eventuell unter Hinzuziehen des Reha-Beraters)
- Angaben zur Motivation des Patienten gemacht werden.

11.4 Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über

- Konkrete Hilfestellungen (z. B. Adressenliste von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Adaptionseinrichtungen),
- Vermittlung eines Heimtrainingsprogramms.

Zusammenfassende Bewertungen

Für die sechs einzelnen Bereiche der Checkliste soll jeweils eine zusammenfassende Bewertung abgegeben werden.

Bereich A Zusammenfassende Bewertung → Anamnese

Bereich B Zusammenfassende Bewertung → Diagnostik

Bereich C Zusammenfassende Bewertung → Therapieziele und Therapie

Bereich D Zusammenfassende Bewertung → Klinische Epikrise

Bereich E Zusammenfassende Bewertung → Sozialmedizinische Epikrise

Bereich F Zusammenfassende Bewertung → Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

Zusammenfassende Bewertung gesamter Reha-Prozesses

Zuletzt soll für die Qualität des gesamten Reha-Prozesses eine zusammenfassende Bewertung angegeben werden.

Erläuterungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und Zieldimensionen der Rehabilitation, die sich daraus ergeben

Die ICF ist die Nachfolgerin der ICIDH „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (World Health Organisation, 1980). In der ICF wurde das bio-psycho-soziale Modell erweitert, es wird nun unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren insbesondere der gesamte Lebenshintergrund des Betroffenen berücksichtigt. Die Beeinträchtigungen in Folge chronischer Krankheiten und Behinderungen, welche maßgeblich für die stationäre Rehabilitation sind, werden auf folgende drei Ebenen eingeteilt:

- Die Ebene der **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen, einschließlich der psychologischen Funktionen. Körper bezieht sich auf den menschlichen Organismus als Ganzes und schließt daher das Gehirn ein. Somit sind mentale (oder psychische) Funktionen den Körperfunktionen zugeordnet. Als Standard für diese Funktionen wird die statistische Norm für Menschen angesehen (Weltgesundheitsorganisation, 2002).
- Die Ebenen der **Aktivität** beschreibt die Einschränkung einer Person, infolge ihres Gesundheitsschadens eine körperliche, soziale, seelische oder geistige Aktivität in dem Umfang auszuführen, der als normal für den einzelnen Menschen angesehen wird. Sie repräsentiert die Individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit, welche wiederum ein Oberbegriff für Körperfunktion, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe ist und die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren bezeichnet (Weltgesundheitsorganisation, 2002).
- Die Ebene der **Teilhabe**: Hier sind die als Folge eingeschränkter Körperfunktionen und -strukturen entstandenen Benachteiligungen erfasst, welche die Teilnahme einer Person in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation erschwert. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit (Weltgesundheitsorganisation, 2002).

Dieses bio-psycho-soziale Modell der Funktionsbeeinträchtigungen und Leistungseinschränkungen entstand aufgrund der Überlegung, dass identische Schadensbilder bei verschiedenen Patienten zu unterschiedlichen Folgeerscheinungen führen können. Es umfasst deshalb sowohl Defizite als auch gesundheitsfördernde Ressourcen der Rehabilitanden (Gerdes u. Weis, 2000). Vor diesem Hintergrund lassen sich vier Zieldimensionen der Rehabilitation formulieren (Protz, Gerdes, Maier-Riehle u. Jäckel, 1998):

- **Psycho-soziale Zieldimension** (Bewältigungsprozess, psychische und soziale Ressourcen): Auf dieser Ebene ist das Ziel, psychische Beeinträchtigungen und soziale Belastungen zu beseitigen oder zu verringern und psychische und soziale Ressourcen zu aktivieren.
- **Somatische Zieldimension** (Gesundheitszustand, Körperfunktion und -strukturen): Ziel dieser Ebenen ist eine Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes.

- **Edukative Zieldimension** (Gesundheitsinformation und -verhalten): Diese Ebene erfordert präventive Bestrebungen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (Motivation, Information, Schulung) und Verbesserung der Fähigkeit und des Grades der Beherrschung von Techniken zur Bewältigung der Belastung durch chronische Krankheit und Behinderung.
- **Zieldimension der Aktivität und Teilhabe** (Leistungsanforderungen, Funktionsfähigkeit und Funktion in Beruf und Alltag): Hier sollen Einschränkungen im alltäglichen Leben beseitigt oder verringert werden.

Im Rahmen der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (2004) wurden, bezogen auf die drei Ebenen der Beeinträchtigungen Rehabilitationsziele konkreter formuliert.

1. Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen (einschließlich psychischer Funktionen)

Es steht hier die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung, oder Milderung der Folgen von Schädigungen im Vordergrund.

Folgende Ziele werden genannt:

- psychische Stabilisierung
- Verminderung von negativen Affekten wie Depression und Angst
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster
- Reduzierung von körperlichen Krankheitssymptomen
- Erkennen möglicher funktionaler Aspekte von Krankheitssymptomen
- Verbesserung der eigenen Kompetenz im Management von Funktionsstörungen

2. Rehabilitationsziele bezogen auf Aktivität

Hier steht die Beseitigung oder Verringerung der Einschränkung im alltäglichen Leben im Vordergrund.

Folgende Ziele werden genannt:

- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- Verbesserung des Kommunikationsverhaltens
- Aufbau sozialer Kompetenz
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Erwerb von Problemlösungsfähigkeiten
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping)

3. Rehabilitationsziele bezogen auf Teilhabe

Hier steht die Verhinderung oder Verhütung einer drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilnahme in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation im Vordergrund.

Folgende Ziele werden genannt:

- Erhalt oder Verbesserung der psychischen Unabhängigkeit
- Erhalt oder Verbesserung der physischen Unabhängigkeit
- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität
- Erhalt oder Verbesserung der sozialen Integration/Reintegration
- Erhalt oder Verbesserung im Bereich der Beschäftigung
- Erhalt oder Verbesserung der wirtschaftlichen Eigenständigkeit

Literatur

Egner U, Gerwinn H, Buschmann-Steinhage R (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 4, S. 221–231.

Meffert C, Dudeck A, Farin E, Glattacker M, Jäckel W H (2006): Prozessqualität in der ambulanten medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse eines Peer Review in Einrichtungen des kardiologischen und muskuloskeletalen Indikationsbereiches. DRV-Schriften, Bd. 64, S. 218–220, www.deutsche-rentenversicherung.de

Meixner K, Lubenow B, Brückner U, Gerdes N (2006): Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 3, S. 152–160.

Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A (2005): Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. DAngVers, Jg. 52, H. 9, S. 431–438.

Brüggemann S, Klosterhuis H (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 52, H. 10/11. S. 467–475.

Farin E, Carl C, Jäckel W H, Rütten-Köppel E, Maier-Riehle B, Berghaus U (2004): Die Weiterentwicklung des Peer-Review-Verfahrens in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, Jg. 43, H. 3, S. 162–166.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer Review-Verfahren der somatischen Indikationen. DRV-Schriften, Bd. 41, www.deutsche-rentenversicherung.de

Kawski S, Dorenburg U, Beckmann U (2001): Peer Review zur Beurteilung der Prozessqualität im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen. Sucht aktuell, H. 2/2001, S. 18–22.

Maier-Riehle B, Jäckel W H, Gerdes N, Protz W (1998): Übereinstimmung und Unterschiede zwischen Beurteilern bei einem Peer Review-Verfahren. Das Gesundheitswesen, 60, 290–296.

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

Jäckel W H, Protz W, Maier-Riehle B, Gerdes N (1997): Qualitäts-Screening im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung 9/10: S. 575–591.

Asendorpf J H, Wallbott G (1979): Maß der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 10, S. 243–252.



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität