

Modul 2b

Bewegungs- therapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

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



Deutsche
Rentenversicherung

Bund



Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“

Module

Modul 1: „Sozialmedizinische Grundlagen“

Modul 2a: „Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2b: „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2c: „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

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

Modul 2e: „Ernährungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2f: „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“

Modul 2g: „Ärzte in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“

Modul 3: „Sozialmedizin im Reha-Team“

Aktualisierung 2020/2022: Ulrike Worringen, Christiane Niehues,
Antje Bertholdt
Deutsche Rentenversicherung Bund

Martin Steinau
VIALIFE Schwertbad Aachen

Autoren 2015: Antje Hoppe, Claus Derra, Silke Brüggemann,
Christoph Nagel
Deutsche Rentenversicherung Bund

Martin Steinau
VIALIFE Schwertbad Aachen

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

Modul 2b: „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2B „BEWEGUNGSTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1.....	11
SEMINAREINHEIT 2.....	59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manuale zum Curriculum

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

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

Aufbau der Manuale

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

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

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

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

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

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

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

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

Redaktionelle Vorbemerkung

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

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

Literatur

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

Inhaltsverzeichnis

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2B „BEWEGUNGSTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2	13
1.2 Bewegungstherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht	15
1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht	17
1.4 Instrumente und Assessments zur Leistungsbeurteilung	26
1.5 Formulierung eines bewegungstherapeutischen Befundes	48
SEMINAREINHEIT 2	59
2.1 Der bewegungstherapeutische Befund	61
2.2 Rollenverständnis	62
2.3 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	66
2.4 Beschwerdenuvalidierung	72
2.5 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3	80

Einführung in das Modul 2b

„Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

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

Ziel ist es, dass die Bewegungstherapeuten Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive bearbeiten. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im bewegungstherapeutischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Weiterer Inhalt ist der fachliche Austausch zu bewegungstherapeutischen diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen von Rehabilitanden und die Beschwerdvalidierung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen erarbeiten die Teilnehmenden Inhalte und Formulierungen eines fachspezifischen bewegungstherapeutischen Befundes. Sie setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Therapeut auseinander. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen soll im Mittelpunkt stehen.

Zeitliche und räumliche Organisation

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

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

Zahl der Teilnehmenden

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

Personelle Ressourcen

Die Fortbildungsveranstaltung sollte von zwei Referenten durchgeführt werden. Die sozialmedizinische Qualifikation eines Referenten ist erforderlich. Für den zweiten Referenten ist empfehlenswert, einen Bewegungstherapeuten mit praktischer Expertise in der medizinischen Rehabilitation einzusetzen.

Didaktik

Die Kompetenzvermittlung soll mit sich abwechselnden unterschiedlichen Methoden umgesetzt werden. Diese sind Vorträge, Diskussionen, Kleingruppenarbeit, ggf. Rollenspiele und die Bearbeitung von Fallbeispielen. Zur Vorbereitung auf Modul 2 wurden im Modul 1 Hausaufgaben mitgegeben. Den Teilnehmenden werden zu den Themen des Moduls umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internetadressen zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung von Seminarinhalten sowie eine vertiefende Bearbeitung der Themen für die Teilnehmenden und stellt gleichzeitig den Praxisbezug zum Setting einer Rehabilitationseinrichtung her. Die Bearbeitung von Fallbeispielen kann unterschiedlich umgesetzt werden. Im Modul 2 werden Fallbeispiele vorgegeben. Hier erhalten die Teilnehmenden Eckdaten für einen Rehabilitanden zu Geschlecht, Alter, medizinischer Diagnose und sozialmedizinischer Einschätzung und sollen erarbeiten, welche Fähigkeitseinschränkungen dieser Rehabilitand aufweisen muss, damit er aus bewegungstherapeutischer Sicht als leistungseingeschränkt aus der medizinischen Rehabilitation entlassen werden muss. Die Auswahl der Fallvignetten sollte sich an den Indikationen der Rehabilitationseinrichtungen, aus denen die Teilnehmenden kommen, orientieren. Es ist empfehlenswert, die didaktischen Methoden innerhalb des Seminars zu variieren und an die Bedürfnisse der Teilnehmenden, zum Beispiel Wunsch nach einem individuellen fachlichen Austausch im Rahmen von Kleingruppen oder allgemeinem Austausch im Plenum, anzupassen. Die Zusammensetzung der Kleingruppen kann indikationsbezogen oder indikationsübergreifend erfolgen.

Aktualisierung der Präsentationen und Handouts

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

Modul 2b: Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalt des Modules 2
- bewegungstherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht
- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
- Erstellung eines bewegungstherapeutischen Befundes
- Instrumente/Assessments zur Leistungsbeurteilung

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Sport-/Gymnastiklehrer, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation, Bewegungstherapeut mit klinischer Expertise

Raumausstattung

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

Handouts

- Ablaufplan der Veranstaltung
- Handzettel der Präsentationen (2 Folien pro Seite) oder das Manual 2b „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Fallbeispiele
- Leitfäden
 - Anforderungen an die Dokumentation
 - Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Bewegungstherapie
- Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der bewegungstherapeutischen Intervention
- Unterschriftenliste inkl. Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der ersten Seminareinheit kennen die Teilnehmenden ihren Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht und können einen bewegungstherapeutischen Befund erstellen. Sie haben sich vor dem Hintergrund der sozialmedizinischen Fragestellungen zu gelungenen und nicht gelungenen Formulierungen ausgetauscht. Die Teilnehmenden haben einen Überblick über derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendeten validen bewegungstherapeutischen Verfahren zur Beurteilung der funktionalen Leistungsfähigkeit von Rehabilitanden.

Hinweise

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

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

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

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

1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte und Ziele des Moduls 2 „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminars „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ soll die Zielsetzung dargestellt werden. Es soll verdeutlicht werden, dass es sich nicht um eine Vortragsreihe zur reinen Informationsvermittlung handelt, sondern, dass das Mitwirken aller Teilnehmenden erwünscht ist. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch soll im Mittelpunkt stehen. Dies fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes, der Bestandteil und Grundlage für eine interdisziplinär erstellte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag ist.

Inhalt

- Inhalte des Moduls 2
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen
 - Änderungen im bewegungstherapeutischen Befund vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten? Nehmen Sie mehr sozialmedizinische Aspekte wahr? Waren in den von Ihnen gelesenen Entlassungsberichten Bezüge zu Assessments und/oder Befunde der Bewegungstherapie enthalten?
 - Erwartungen, Bedürfnisse, Fragen für das Modul 2

Material

Folie (siehe Seite 14)

Hinweise zur Durchführung

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

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

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

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

Übersicht Modul 2b

1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Begrüßungsrunde
- bewegungstherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht
- bewegungstherapeutische Assessments
- bewegungstherapeutischer Befund - Fallarbeit

2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- bewegungstherapeutischer Befund
- Austausch zum Rollenverständnis
- ICF-basierte Befundung - Fallarbeit
- Beschwerdenuvalidierung
- Kliniktransfer und Ausblick auf Modul 3

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

1.2 Bewegungstherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

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

Begründung

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

Inhalt

- Erfahrungen und Erkenntnisse der Teilnehmenden aus der Hausaufgabe des Moduls 1: fünf Reha-Entlassungsberichte aus der eigenen Rehabilitationseinrichtung lesen
 - An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen oder Therapieergebnissen der Bewegungstherapie gefunden?
 - An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Bewegungstherapie aufgeführt?
 - Was würden Sie gern zum Reha-Entlassungsbericht beitragen?

Material

- Folie (siehe Seite 16)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Mitschrift auf Flipchart

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

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Es wird Rehabilitationseinrichtungen geben, in denen die Berufsgruppe der Bewegungstherapeuten bereits eigene Befunde in strukturierter Form erstellen und diese Eingang in den Reha-Entlassungsbericht finden. In anderen Einrichtungen sind therapeutische Berufsgruppen an der Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes kaum beteiligt.

Hausaufgabe aus dem Modul 1

Lesen von fünf Entlassungsberichten aus Ihrer Klinik

An welcher Stelle des Reha-Entlassungsberichtes haben Sie Beschreibungen von Therapieverläufen oder Therapieergebnissen der Bewegungstherapie gefunden?

An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Bewegungstherapie aufgeführt?

Was würden Sie gern zum Entlassungsbericht beitragen?

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

1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht erläutern und den bewegungstherapeutischen Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht benennen.

Begründung

Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Anamnese und der Fähigkeiten eines Rehabilitanden von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) auszugehen. Diesem liegt eine Wechselbeziehung zwischen dem bestehenden Gesundheitsproblem eines Rehabilitanden und seinen Kontextfaktoren zugrunde. Dabei können Förderfaktoren und Barrieren den Zustand der Funktionsfähigkeit des Rehabilitanden beeinflussen. Diese sozialmedizinisch bedeutsamen Themen sind auch Gegenstand der bewegungstherapeutischen Diagnostik und Therapie. Die Vermittlung der Inhalte der Bewegungstherapie im Reha-Entlassungsbericht unter der Perspektive der ICF soll die einheitliche Verwendung und das eindeutige Verständnis der Teilnehmenden unterstützen.

Inhalt

- Aufbau des Reha-Entlassungsberichtes
- ICF Orientierung im Reha-Entlassungsbericht
- bewegungstherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht

Material

- Folien (siehe Seiten 18 - 25)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

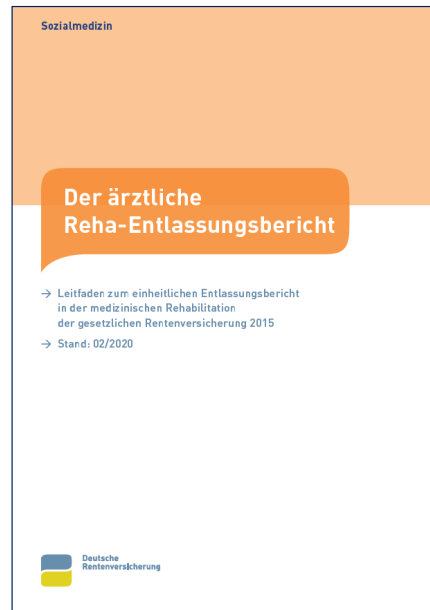
Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

Die Inhalte des Lehrziels bauen auf den bereits vermittelten Inhalten aus dem Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ auf. Es besteht die Möglichkeit, vertiefende Fragen der Teilnehmenden zum Thema zu diskutieren.

Der Reha-Entlassungsbericht

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



Der Reha-Entlassungsbericht

Gliederung

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



1. Anamnese

1.1 jetzige Beschwerden

(zum Beispiel rasche Ermüdbarkeit und Anschwellen des linken Armes, Probleme im rechten Knie beim Treppab gehen, Ruheschmerz in den Handgelenken, ...)

1.2 bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

1.3 weitere reha-relevante Erkrankungen

(zum Beispiel Diabetes, Adipositas, Depression)

1.4 biographische Anamnese

1.5 vegetative Anamnese *(zum Beispiel Schlafstörungen)*



2. Sozialmedizinische Anamnese

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Kontextfaktoren, die fallbezogen eine positive oder negative Auswirkung haben:

- soziale Situation (*soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld*)
- Freizeitverhalten
- Risikoverhalten (*zum Beispiel Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung, mangelnde Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben*)

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

sorgfältige Arbeitsplatzbeschreibung

- ermöglicht im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung den Abgleich der Fähigkeiten der Rehabilitanden mit dem jeweiligen Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit/des Arbeitsplatzes

2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe



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

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

Beispiele für Aktivitätseinschränkungen



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

Beispiele für Teilhabeeinschränkungen

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

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation

3.1 Allgemeiner körperlicher Befund, indikationsunabhängig

3.2 Allgemeiner psychischer Befund

3.3 Fachspezifischer Befund (*indikationsspezifisch*)

3.4 Diagnostik

- mit Ausrichtung auf reha-spezifische Ziele und Fragestellungen
- Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten sowie deren Auswirkungen auf das jeweilige Leistungsvermögen
- Validierung anamnestisch erhobener Angaben zur Beeinträchtigung der Fähigkeiten (*zum Beispiel Ausdauer, häusliche Selbstversorgung, (fein-)motorische Fähigkeiten*)



4. Reha-Prozess und –Ergebnis

4.1 Individuelle Reha-Ziele

(zum Beispiel eine Distanz von 2 km in raschem Gehen zurücklegen können, den Nackengriff wieder ausführen können)

4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

– auch Anpassung Reha-Ziele, Motivation und Kooperation

4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

– Ergebnisse klinischer Messwerte im Vergleich zum Aufnahmebefund, Bewertung der Veränderungen, auch Veränderung bei Einstellung, Motivation, Lebensstil, Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Erreichung des Therapieziels

5. Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen



- Weiterbehandlung im akutmedizinischen Sektor
- Reha-Nachsorge: z. B. IRENA, Reha-Sport
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Selbsthilfe
- sonstige Empfehlungen

Ankreuzfelder können im Freifeldtext kurz erläutert werden, sonst auch ausführlich unter 5. am Ende des Berichtes.

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1

Ärztliche Entlassungsbescheinigung

RV-DRG: TRIV _____ Deutsche Rentenversicherung BL 1

Versicherungsträgerin: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Platz: _____ Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Versicherungsträgerin: _____ Geburtsdatum: _____

Platz: _____ Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Aufnahmestadium: _____ Entlassungsdatum: _____

Art der Durchführung: 1. selbstständig 2. gemeinsam ambulant 3. ambulant

Bestandteile der Behandlung: 1. 1. bis 3. 2. 4. 3. 5. 4. 6. 5. 7. 6. 8. 7. 9. 8. 10. 9. 11. 10. 12. 11. 13. 12. 14. 13. 15. 14. 16. 15. 17. 16. 18. 17. 19. 18. 20. 19. 21. 20. 22. 21. 23. 22. 24. 23. 25. 24. 26. 25. 27. 26. 28. 27. 29. 28. 30. 29. 31. 30. 32. 31. 33. 32. 34. 33. 35. 34. 36. 35. 37. 36. 38. 37. 39. 38. 40. 39. 41. 40. 42. 41. 43. 42. 44. 43. 45. 44. 46. 45. 47. 46. 48. 47. 49. 48. 50. 49. 51. 50. 52. 51. 53. 52. 54. 53. 55. 54. 56. 55. 57. 56. 58. 57. 59. 58. 60. 59. 61. 60. 62. 61. 63. 62. 64. 63. 65. 64. 66. 65. 67. 66. 68. 67. 69. 68. 70. 69. 71. 70. 72. 71. 73. 72. 74. 73. 75. 74. 76. 75. 77. 76. 78. 77. 79. 78. 80. 79. 81. 80. 82. 81. 83. 82. 84. 83. 85. 84. 86. 85. 87. 86. 88. 87. 89. 88. 90. 89. 91. 90. 92. 91. 93. 92. 94. 93. 95. 94. 96. 95. 97. 96. 98. 97. 99. 98. 100. 99. 101. 100. 102. 101. 103. 102. 104. 103. 105. 104. 106. 105. 107. 106. 108. 107. 109. 108. 110. 109. 111. 110. 112. 111. 113. 112. 114. 113. 115. 114. 116. 115. 117. 116. 118. 117. 119. 118. 120. 119. 121. 120. 122. 121. 123. 122. 124. 123. 125. 124. 126. 125. 127. 126. 128. 127. 129. 128. 130. 129. 131. 130. 132. 131. 133. 132. 134. 133. 135. 134. 136. 135. 137. 136. 138. 137. 139. 138. 140. 139. 141. 140. 142. 141. 143. 142. 144. 143. 145. 144. 146. 145. 147. 146. 148. 147. 149. 148. 150. 149. 151. 150. 152. 151. 153. 152. 154. 153. 155. 154. 156. 155. 157. 156. 158. 157. 159. 158. 160. 159. 161. 160. 162. 161. 163. 162. 164. 163. 165. 164. 166. 165. 167. 166. 168. 167. 169. 168. 170. 169. 171. 170. 172. 171. 173. 172. 174. 173. 175. 174. 176. 175. 177. 176. 178. 177. 179. 178. 180. 179. 181. 180. 182. 181. 183. 182. 184. 183. 185. 184. 186. 185. 187. 186. 188. 187. 189. 188. 190. 189. 191. 190. 192. 191. 193. 192. 194. 193. 195. 194. 196. 195. 197. 196. 198. 197. 199. 198. 200. 199. 201. 200. 202. 201. 203. 202. 204. 203. 205. 204. 206. 205. 207. 206. 208. 207. 209. 208. 210. 209. 211. 210. 212. 211. 213. 212. 214. 213. 215. 214. 216. 215. 217. 216. 218. 217. 219. 218. 220. 219. 221. 220. 222. 221. 223. 222. 224. 223. 225. 224. 226. 225. 227. 226. 228. 227. 229. 228. 230. 229. 231. 230. 232. 231. 233. 232. 234. 233. 235. 234. 236. 235. 237. 236. 238. 237. 239. 238. 240. 239. 241. 240. 242. 241. 243. 242. 244. 243. 245. 244. 246. 245. 247. 246. 248. 247. 249. 248. 250. 249. 251. 250. 252. 251. 253. 252. 254. 253. 255. 254. 256. 255. 257. 256. 258. 257. 259. 258. 260. 259. 261. 260. 262. 261. 263. 262. 264. 263. 265. 264. 266. 265. 267. 266. 268. 267. 269. 268. 270. 269. 271. 270. 272. 271. 273. 272. 274. 273. 275. 274. 276. 275. 277. 276. 278. 277. 279. 278. 280. 279. 281. 280. 282. 281. 283. 282. 284. 283. 285. 284. 286. 285. 287. 286. 288. 287. 289. 288. 290. 289. 291. 290. 292. 291. 293. 292. 294. 293. 295. 294. 296. 295. 297. 296. 298. 297. 299. 298. 300. 299. 301. 300. 302. 301. 303. 302. 304. 303. 305. 304. 306. 305. 307. 306. 308. 307. 309. 308. 310. 309. 311. 310. 312. 311. 313. 312. 314. 313. 315. 314. 316. 315. 317. 316. 318. 317. 319. 318. 320. 319. 321. 320. 322. 321. 323. 322. 324. 323. 325. 324. 326. 325. 327. 326. 328. 327. 329. 328. 330. 329. 331. 330. 332. 331. 333. 332. 334. 333. 335. 334. 336. 335. 337. 336. 338. 337. 339. 338. 340. 339. 341. 340. 342. 341. 343. 342. 344. 343. 345. 344. 346. 345. 347. 346. 348. 347. 349. 348. 350. 349. 351. 350. 352. 351. 353. 352. 354. 353. 355. 354. 356. 355. 357. 356. 358. 357. 359. 358. 360. 359. 361. 360. 362. 361. 363. 362. 364. 363. 365. 364. 366. 365. 367. 366. 368. 367. 369. 368. 370. 369. 371. 370. 372. 371. 373. 372. 374. 373. 375. 374. 376. 375. 377. 376. 378. 377. 379. 378. 380. 379. 381. 380. 382. 381. 383. 382. 384. 383. 385. 384. 386. 385. 387. 386. 388. 387. 389. 388. 390. 389. 391. 390. 392. 391. 393. 392. 394. 393. 395. 394. 396. 395. 397. 396. 398. 397. 399. 398. 400. 399. 401. 400. 402. 401. 403. 402. 404. 403. 405. 404. 406. 405. 407. 406. 408. 407. 409. 408. 410. 409

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a

Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen

Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Ärztlicher Entlassungsbericht
Patient: (Patient Name, Vorname) Geburtsdatum: _____

Deutsche Rentenversicherung
Bl. 1a -

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

1. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit
(andere Auskünfte auf Blatt 2, Zeile 3.2.4)

Bewertung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann:
☐ 6 Stunden und mehr ☐ 2 bis unter 6 Stunden ☐ unter 2 Stunden

2. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)
Folgendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Positives Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere: ☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leicht

Arbeitshaltung im Stehen: ☐ im Gehen ☐ im Sitzen

☐ einseitig ☐ über- einseitig ☐ beidseitig ☐ einseitig ☐ über- einseitig ☐ beidseitig ☐ beidseitig/gerichtet

Arbeitsorganisation: ☐ Tagesschicht ☐ Früh- / Spätschicht ☐ Nachtschicht

3. Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen bestehen sich auf (A1 / Auswahl müssen differenziert unter Absatz beschrieben werden):

Psychomotorische Funktionen: ☐ Sinnesfunktionen ☐ bewegungsbezogene Funktionen ☐ kardio pulmonale Funktionen

☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren ☐ sonstige

Bewertung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausserhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgeübt werden kann:
☐ 6 Stunden und mehr ☐ 2 bis unter 6 Stunden ☐ unter 2 Stunden

4. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen

Quantitative Leistungsbeurteilung – allgemeiner Arbeitsmarkt

Sozialmedizinische Epikrise

Reha-Entlassungsbericht Blatt 1b

Ärztlicher Entlassungsbericht **Deutsche Rentenversicherung** **Bl. 1b 1**

Patient / Patientin (Name, Vorname) Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTZ - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Erläuterungen:

Bezeichnung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten:
 A = 5 Min. C = 10 Min. E = 20 Min. G = 30 Min. I = 40 Min. L = 50 Min. N = 60 Min. O = 70 Min. Q = 80 Min. R = 90 Min. S = 100 Min. T = 110 Min. U = 120 Min. V = 130 Min. W = 140 Min. X = 150 Min. Y = 160 Min. Z = keine
 01 = 10 Min. 02 = 20 Min. 03 = 30 Min. 04 = 40 Min. 05 = 50 Min. 06 = 60 Min. 07 = 70 Min. 08 = 80 Min. 09 = 90 Min. 10 = 100 Min. 11 = 110 Min. 12 = 120 Min. 13 = 130 Min. 14 = 140 Min. 15 = 150 Min. 16 = 160 Min. 17 = 170 Min. 18 = 180 Min. 19 = 190 Min. 20 = 200 Min. 21 = 210 Min. 22 = 220 Min. 23 = 230 Min. 24 = 240 Min. 25 = 250 Min. 26 = 260 Min. 27 = 270 Min. 28 = 280 Min. 29 = 290 Min. 30 = 300 Min. 31 = 310 Min. 32 = 320 Min. 33 = 330 Min. 34 = 340 Min. 35 = 350 Min. 36 = 360 Min. 37 = 370 Min. 38 = 380 Min. 39 = 390 Min. 40 = 400 Min. 41 = 410 Min. 42 = 420 Min. 43 = 430 Min. 44 = 440 Min. 45 = 450 Min. 46 = 460 Min. 47 = 470 Min. 48 = 480 Min. 49 = 490 Min. 50 = 500 Min. 51 = 510 Min. 52 = 520 Min. 53 = 530 Min. 54 = 540 Min. 55 = 550 Min. 56 = 560 Min. 57 = 570 Min. 58 = 580 Min. 59 = 590 Min. 60 = 600 Min. 61 = 610 Min. 62 = 620 Min. 63 = 630 Min. 64 = 640 Min. 65 = 650 Min. 66 = 660 Min. 67 = 670 Min. 68 = 680 Min. 69 = 690 Min. 70 = 700 Min. 71 = 710 Min. 72 = 720 Min. 73 = 730 Min. 74 = 740 Min. 75 = 750 Min. 76 = 760 Min. 77 = 770 Min. 78 = 780 Min. 79 = 790 Min. 80 = 800 Min. 81 = 810 Min. 82 = 820 Min. 83 = 830 Min. 84 = 840 Min. 85 = 850 Min. 86 = 860 Min. 87 = 870 Min. 88 = 880 Min. 89 = 890 Min. 90 = 900 Min. 91 = 910 Min. 92 = 920 Min. 93 = 930 Min. 94 = 940 Min. 95 = 950 Min. 96 = 960 Min. 97 = 970 Min. 98 = 980 Min. 99 = 990 Min. 00 = 1000 Min.

Version 2022-09

0 2

KTZ - Code

Dauer

Anzahl

Leistungsdaten:
durchgeführte
therapeutische
Leistungen

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

1.4 Instrumente und Assessments zur Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können bewegungstherapeutische und indikationsspezifische Instrumente und Assessments zur Leistungsbeurteilung nennen und ihre Verwendbarkeit für die bewegungstherapeutische Praxis einschätzen.

Begründung

Voraussetzung für die Erstellung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplanes und eines fachspezifischen Befundes am Ende einer Rehabilitation ist eine valide Diagnostik der Einschränkungen und Beschwerden des Rehabilitanden. Neben der klinischen Befundung können zum Beispiel standardisierte Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente, standardisierte Interviews und Tests bzw. Assessments zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit zum Einsatz kommen. Die Kenntnis der derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendeten validen Verfahren ermöglicht den Teilnehmenden, das eigene diagnostische Arbeiten zu reflektieren und Anregungen für neue diagnostisch relevante Themen und Instrumente zu sammeln. Darüber hinaus ermöglicht der Austausch in der Gruppe eine Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Test/Assessment im Hinblick auf dessen Praktikabilität im therapeutischen Alltag.

Inhalt

- Screenings, Assessments (Profilvergleichsverfahren), Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente (Fragebogen), Interviewverfahren, Funktions-tests, apparative Systeme, Scores (Beispiele siehe Handout)
 - Vor- und Nachteile?
 - Umsetzungsmöglichkeiten im Klinikalltag?
 - Gütekriterien?
 - Wirtschaftlichkeit?

Material

- Folien (siehe Seiten 29 - 36)
- Handout Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Seite 36)
- Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der bewegungstherapeutischen Intervention (siehe Seiten 37 - 47)

Hinweise zur Durchführung

Kurzvortrag (20 Minuten), Kleingruppenarbeit (20 Minuten), Moderation der Diskussion (20 Minuten)

Aufbauend auf die Beschreibung der Funktionen und Fähigkeiten, die einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden haben, sollen unterstützende

Instrumente und Assessments für eine weiterführende Diagnostik kennengelernt werden. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der Teilnehmenden mit Instrumenten, die sie im rehabilitativen Alltag anwenden. Nach einer kurzen thematischen Einführung (20 Minuten) erhalten die Teilnehmenden die Aufgabe sich über Assessments und Instrumente, die sie im Rehabilitationsalltag nutzen, auszutauschen.

Die Instrumente können in Bezug auf Praktikabilität im Rehabilitationsalltag und Gütekriterien kritisch diskutiert werden. Fehlende Assessments werden während der Diskussion im Plenum vom Referenten ergänzt. Ebenso sensibilisiert dieser die Teilnehmenden, dass die Ergebnisse der eingesetzten Test-/Assessment-Verfahren einen Hinweis auf die Belastungsfähigkeit des jeweiligen Rehabilitanden in Beruf, Alltag, Freizeit ermöglichen sollen.

Zeit circa 60 Minuten

Anmerkung

Es empfiehlt sich, die in den Arbeitsgruppen erarbeiteten Assessments und Instrumente, auch vor dem Hintergrund ihres Für und Wider, bezüglich des Einsatzes in der rehabilitativen Praxis zu diskutieren. Den Teilnehmenden sollte in diesem Zusammenhang die Sorge genommen werden, dass sie zukünftig unbedingt spezifische Assessments verwenden müssen. Für die Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sind neben den wichtigen Verhaltensbeobachtungen während der Bewegungstherapie und im Rehabilitationsalltag, den medizinischen Untersuchungen und den Selbstangaben der Rehabilitanden die bewegungstherapeutischen Assessments und Instrumente eine ergänzende Informationsquelle.

Es ist empfehlenswert, einen Überblick über relevante berufsgruppen- und indikationsspezifische Instrumente und Assessments als Handout an die Teilnehmenden zu verteilen. Dieser sollte vor dem Seminar auf Aktualität überprüft werden.

Für das Handout zu den Assessments und Instrumenten wurde folgende Literatur genutzt:

Banzer et al. (Hrsg.). Funktionsdiagnostik des Bewegungsapparates. Heidelberg: Springer. 2004.

Biefang, S., Potthoff P., Schliehe, F. Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe. 1999.

Bös, K. (Hrsg.). Handbuch motorischer Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich sportlichen Aktivität und sportpsychologischen Diagnoseverfahren. Göttingen: Hogrefe. 2001.

Büschings, G. et al. Assessments in der Rehabilitation. Band 3 Kardiologie und Pneumologie Bern: Huber. 2009.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). (2002). Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen. Zugriff am 23.09.2014 http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Toolbox.html;jsessionid=248E2FACAFA7F174D6CE-DDDB53227FCC.1_cid389

Krämer, K. L, Maichl, F.-P. Scores, Bewertungsschemata und Klassifikationen in Orthopädie und Traumatologie. Stuttgart: Thieme. 1993.

Nellessen, G. Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik - zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen. Köln: Mensch und Buch Verlag. 2001.

Oesch, P. et al. Assessments in der Rehabilitation Bd. 2 Bewegungsapparat vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber. 2011.

Schädler, S. et al. Assessments in der Rehabilitation Bd. 1 Neurologie. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber. 2012.

www.assessment-info.de

Diagnostik

Eine valide Diagnostik der Einschränkungen und Beschwerden eines Rehabilitanden ist Voraussetzung für:

- die Erstellung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplan,
 - die Einschätzung, welche Anforderungen der Rehabilitand an seinem konkreten Arbeitsplatz voraussichtlich erfüllen kann (Prognose)
- und
- die Erstellung eines fachspezifischen Befundes am Ende der Rehabilitation

Bewegungstherapeutische Instrumente

Liefere Anhaltspunkte bezüglich verschiedener Fragestellungen der quantitativen und qualitativen Leistungsbeurteilung:

- zur kardio-pulmonalen Belastbarkeit
- zur körperlichen Arbeitsschwere oder zu kontinuierlichen Arbeitshaltungen
- zur geistig psychischen Belastbarkeit wie frühzeitige Ermüdung, ständiger Schmerz
- zur Wegefähigkeit
- zu Bewältigungsressourcen

Warum Assessments?

- **ethischer Aspekt**
 - lediglich wirksame Interventionen sollten angewendet bzw. dem Patienten zugemutet werden
- **Belegungsaspekt**
 - Erfüllung der Qualitätsanforderungen der Kostenträger
- **therapeutischer Aspekt**
 - Grundlage für Therapie, den Patienten da abzuholen, wo er steht
- **professioneller Aspekt und Motivations-Aspekt**
 - dem Patienten das Bewusstsein eines gelenkten therapeutischen Prozesses zu geben
- **ökonomischer Aspekt**
 - lediglich Interventionen, die eine quantifizierbare Wirkung besitzen, sollten angewendet werden

Indikationsspezifische Assessments

ICF-Orientierung = Kombination von medizinischen, funktionsbezogenen und psychosozialen Methoden

Körperfunktionen und -strukturen

Störungsbegriff: Schädigung, Funktionsstörung, Strukturschaden

- medizinische Daten wie Röntgen, CT, MRT, Labor
- spezifische Hüftscores wie z. B. Merle d'Aubigne oder Harris
(vgl. dazu Krämer, Maichl 1996)
- Lachman-Test (Marshall et al. 1975; Torg et al. 1976)
- Umfangmessungen
- Schmerzintensität: Visuelle (VAS) oder Numerische (NRS)
analoge Schmerzskala

Indikationsspezifische Assessments

Aktivitäten

Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivitäten

- Erfassung der Einschränkung der Alltagsaktivitäten
(z. B. *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* (Fries et al. 1980)
- FFbH-R (Kohlmann, T., Raspe, H.H. 1996)
- Six-Minute Walk Test (Butland et al. 1982)
- Treppensteigen (*Stair Measure Test*) (Stratford et al. 2004)

Partizipation

Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation/Teilhabe

- „MELBA“: Vergleich der Fähigkeiten von Personen und Anforderungen von Tätigkeiten (Föhres, F. et al. 2003)
- Würzburger Screening (Löffler et al. 2008)
- AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster psychosoziale Folgen der Erkrankung (Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (1996))

(modif. nach K. Schüle/ G. Huber (Hrsg.). Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Dt. Ärzte-Verlag 2012. 211)

Handkraftmessung

Isometrische Maximalkraft des Faustschlusses und damit Muskulatur des Unterarmes

Prognostische Validität

positiver Zusammenhang zwischen Griffkraft und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Sayer et al. 2006)

Funktionsminderung in den ADL-Aktivitäten von älteren Menschen mit unterdurchschnittlichen Hand-Grip-Werten (Al Snih et al. 2004)

Sensitivität zur Unterscheidung zwischen der Fähigkeit und Unfähigkeit körperlich anspruchsvolle Arbeiten mit der Hand zu bewältigen liegt bei 75 % (Wang C-Y, Chen, L-Y 2019)



Praktische Durchführung

Es gibt verschiedene Ausführungen der Messung:

- Der Patient führt mit der dominanten, dann mit der nicht-dominanten Hand 3 Versuche auf der zweiten Griffdistanz des JAMAR durch, daraus wird der Mittelwert berechnet.
- Wechselnd je 3 Versuche mit dominanter/nicht-dominanter Hand auf jeder der 5 Griffdistanzen. Errechnet werden die Mittelwerte der verschiedenen Griffdistanzen (Oesch, P. et al. Assessments in der Rehabilitation Bd2 Bewegungsapparat 2011, 192)

Cut-Off für die Bestimmung von Mobilitätseinschränkungen (Sallinen et al. 2010)

	Männer	Frauen
normalgewichtig	33 kg	20 kg
übergewichtig	39 kg	21 kg
adipös	40 kg	23 kg

(Körperfunktion b7300 Kraft isolierter Muskeln oder von Muskelgruppen)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO, 2005.

Ergebnismessung (funkt. Leistungstest) Back Performance Scale (BPS)



Beweglichkeit der Wirbelsäule bei Alltagsaktivitäten, Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Testdauer 20 min

Socken-Test: Patient sitzt auf dem Behandlungstisch, die Füße kommen nicht auf den Boden

Instruktion: Können Sie, wenn Sie ihr Bein anziehen, mit den Fingerspitzen beider Hände ihre Zehen anfassen? Der schlechteste Score wird notiert

• kann die Zehen leicht mit den Fingerspitzen beider Hände umfassen	0	0
• kann die Zehen kaum mit den Fingerspitzen beider Hände umfassen	1	1
• kommt an den Malleoli vorbei, kann aber die Zehen nicht berühren	2	2
• kann kaum, wenn überhaupt, die Malleoli berühren	3	3

Auszug aus der deutschen Übersetzung der BPS (bisher noch nicht validiert) (Physiopraxis 11 12/09, 51)

ICF-Klassifikation

Körperfunktionen

Flexion der Wirbelsäule → B710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit

Aktivitäten

Bücken, heben und tragen → D4400 Aufheben vom Boden

Oesch, P. et al. Assessments in der Rehabilitation Bd2 Bewegungsapparat 2011, 279
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO, 2005.

Assessment: Chair – Rise – Test

Beurteilung Kraft und Koordination der Beinmuskulatur

Durchführung: 5 x so schnell wie möglich von einem Stuhl (*ca. 46 cm Höhe*) aufstehen, vollständige Standposition muss erreicht werden

Beispielformulierung für einen bewegungstherapeutischen Abschlussbefund (*Teilaspekt*)

Chair-Rise Test

„Der Rehabilitand verfügte über die Grundkraftfähigkeit der Muskulatur der unteren Extremität und die koordinativen Fähigkeiten, am 17. Tag seines Rehaaufenthaltes innerhalb von 26 Sekunden den Chair-Rise-Test (*5maliges Aufstehen von einem Stuhl*) durchzuführen.“

Quelle: Guralnik, J.M. et al. (1994): A short physical performance battery assessing lower extremity function. Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. In: J Gerontol 49 2, M 85-M94

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund (*Teilaspekt*)

Durchführung: so schnell wie möglich von einem Stuhl (*ca. 46 cm Höhe*) aufstehen, 3 Meter gehen, umdrehen und wieder Hinsetzen.

Timed „Up and Go-Test“ (*Mobilitäts-Screening 60. J. ↑*)

„Die Rehabilitandin war am 20. Tag ihres Rehaaufenthaltes in der Lage, innerhalb von 9 Sekunden den Timed „Up and Go-Test“ zu absolvieren.“

(ADL-Einordnung: Sie verfügte zum Testzeitpunkt über eine uneingeschränkte Alltagsmobilität.)

Quellen: Guralnik, J.M. et al. (1994): A short physical performance battery assessing lower extremity function. Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. In: J Gerontol 49 2, M 85-M94

Podsiadlo, D., Richardson S. (1990). The Timed „Up & Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. In: Journal of Gerontology. 45 6, M192-197.

<https://www.physio-akademie.de/forschung-wissenschaft/tests-assessments/> / Zugriff: 01.09.2022

Timed-Up-and-Go-Test

Funktionelle Mobilität → Gleichgewichts- und Gehmanöver

- unter 10 Sek.: ist selbständig, mobil, nicht sturzgefährdet
(*uneingeschränkte Alltagsmobilität*)
- 10 - 19 Sek.: ist selbständig hinsichtlich einfacher Transfers, üblicherweise selbständig bei Transfers zur Badewanne und Dusche, normalerweise in der Lage, Treppen zu steigen und alleine nach draußen zu gehen
(*geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz*)
- 20 - 29 Sek.: "Grauzone" - sehr unterschiedliches Gleichgewichtsvermögen
(*abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung*)
- 30 Sek. oder länger:
Braucht normalerweise Hilfe bei Sitz- und Toilettentransfers, Hilfe bei Transfers in die Dusche oder in die Badewanne, beim Treppensteigen. Nicht in der Lage, alleine nach draußen zu gehen. (*ausgeprägte Mobilitätseinschränkung*)

Quellen <https://www.physio-akademie.de/forschung-wissenschaft/tests-assessments/> // Zugriff: 01.09.2022

Pódsiadlo, D. /Richardson, S (1990): The Timed Up & Go: A Test of basic functional mobility for frail elderly persons. In J Gerontol, 45 6, M 192-197)

Six-Minute-Walk-Test

Submaximaler Leistungstest mit starkem Zusammenhang zur physischen Leistungsfähigkeit

Zielgruppe: Patienten mit möglicher Leistungseinschränkung (*Atmungsorgane, HKL-System, ...*)

„Gehen Sie so viele Meter, wie Sie können, eigenes Tempo, Pausen erlaubt, kein Rennen“ (Oesch, P. et al. *Assessments in der Rehabilitation Bd2 Bewegungsapparat 2011*, 255)

Normwert Männer (zw. 40 u. 80 Jahren): $7,57 \times \text{Größe} \text{ minus } 1,76 \times \text{Gewicht} \text{ minus } 5,02 \times \text{Alter} \text{ minus } 309 \text{ Meter}$; Mindestwert = Normwert minus 153

Normwert Frauen (zw. 40 u. 80 Jahren): $2,11 \times \text{Größe} \text{ minus } 2,29 \times \text{Gewicht} \text{ minus } 5,78 \times \text{Alter} \text{ plus } 667 \text{ Meter}$; Mindestwert = Normwert minus 139 Meter (Physiopraxis 6/06, 37)

...war in der Lage eine Wegstrecke von xy m, bei einer Herzfrequenz von S/min zurückzulegen. Verglichen mit alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten entspricht diese Leistung einer **kardiorespiratorischen Belastbarkeit** (b455). Max/Erika Mustermann bewertete das subjektive (*eigene*) Belastungsgefühl mit xy auf der BORG-Skala. (modif. n. T. Scheld, 2014)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. WHO, 2005.

Treppen steigen: Stair-Measure (ST)

Mobilität

Patienten mit Hüft- oder Kniearthrose

Patienten nach Hüft- oder Knieendoprothese

Testdauer 5 min

Neun Treppenstufen hoch- und wieder herunterlaufen, Geländer und Hilfsmittel erlaubt

Gesamtzeit incl. Umdrehzeit wird gemessen (Stratford PW, Kennedy DM 2004)

Aktivitäten

Stufen steigen → D455 sich auf andere Weise fortbewegen

Kontextfaktoren

Hilfsmittel → e1201c Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport

Oesch, P. et al. Assessments in der Rehabilitation Bd2 Bewegungsapparat 2011, 241; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO, 2005.

www.assessment-info.de

igrr-assessment Datenbank - C:\X

← → ↻ Nicht sicher assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/gesamtlste/gesamtlste-de.asp

Apps GMail Email-Adress... Sparkasse Aachen... anag fahrplanauk... E-Paper Zeitungsv...

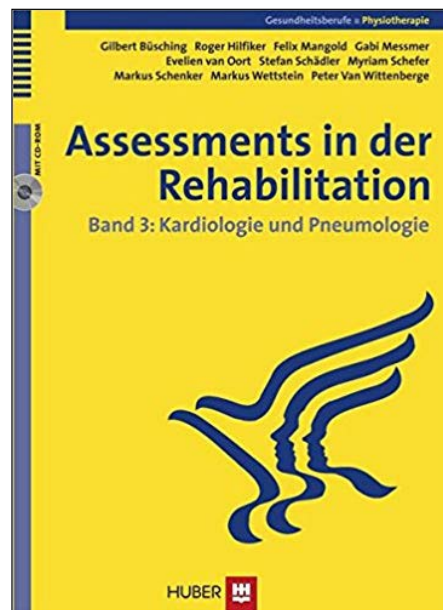
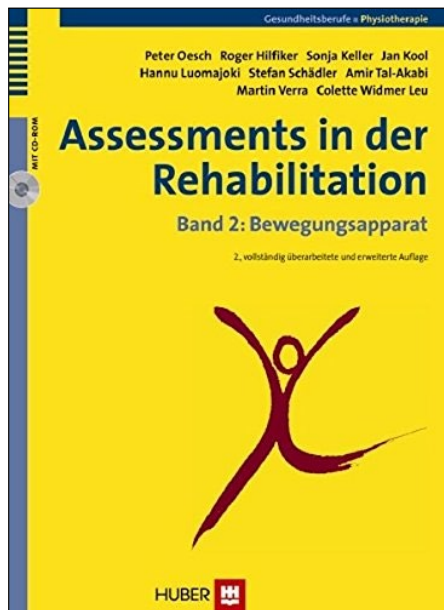
Sortierung: Name des Verfahrens - aufsteigend

Name des Verfahrens	Abkürzung	Jahr	Autor(en)
Beurteilung-Erhebung-System	BES	1991, 1. Aufl.	Landau K., Brauchler R., Brauchler ...
Konkret Kompetenz-Raster	KKR	2000	Kouffeld S.
Skala zur Erfassung der wahrgenommenen körperlichen Verfassung	WKV	s.A.	Kleinert J.
Thüringer Leistungsprofil	TLP	2001	Meier R.K., Roth W.
Verfahren zur Analyse von Arbeit im Haushalt	AWAH	2000	Resch M.
Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	KKG	1989	Lohaus A., Schmitt G.M.
Sense of Coherence Scale - Leipziger Kurzform	SOC-L9	2000	Schumacher J., Brähler E.
Trierer Persönlichkeitsfragebogen	TPF	1989, 1. Aufl.	Becker P.
Fragebogen zur Dienstleistungskompetenz	FDK	s.A.	Lindenberg B.M.S., Argin S., Bromm ...
Fragebogen zur Führungskompetenz	s.A.	s.A.	Lindenberg B.M.S., Reichmann U., Sta ...
Die Freiburger Beschwerde-Skala (FBL-Q und FBL-R)	FBL-R	1994	Fahrenberg J.
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit	FLZ	2000	Fahrenberg J., Myrsk M., Schumache ...
Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen	FSK	1991	Flor H.
Das Freiburger Persönlichkeitsinventar	FFI-R	2001, 7. Aufl.	Fahrenberg J., Hampel R., Selg H.
Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Selbstbehauptungen	FSB	1991	Pfor H.
Gießener Beschwerdebogen - Kurzform	GEB-24	2006, 3. neu normierte Aufl.	Brähler E., Hinz A., Scheer J.W.
Ergotherapeutisches Assessment	EA	2003, 1. Aufl.	Vogt-Radloff S., Alkad H., Deume C.
Böschner Inventar zur beruflichen Persönlichkeitsbeschreibung	BIP	2003, 2. Aufl.	Hossiep R., Paschen M.
Beanspruchungsmessskalen	BMB	1984	Plath H.E., Richter P.
Skalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich	SBUS-B	2002 (Version 21.00)	Villey G., Hodge V., Kinkaid B.
Rechnergestütztes Dialogverfahren für die Bewertung und Gestaltung von Arbeitsplätzen unter Berücksichtigung von Schmerz und Gesundheitsschutz	REBA 7.1	2006	Pothand A., Schulte F., Deibitz U.
Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens	FEG	1995	Düggisch G.E., Krieger W.
Pain Disability Index	PDI	s.A.	Ditmann, Nijes, Sain, Gerbesha...
Profil der Lebensqualität chronisch Kranker	PLC	1996	Siegrist J., Eiser M., Junge A.
Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung	TSK	1993	Klawer T., Filipp S.H.
Leistungsindikatorinventar	LMI	2000	Schulze H., Prochaska M.
Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version	HADS-D	1995	Herrmann-Lingen C., Buss U., Snaith ...
Fragebogen Alltagsleben	FAL	s.A.	Bullinger M., Kirchberger I., Stein ...
Epidemiologisches und Belastungs- Erhebungs- System	EBES	1990, 1. Aufl.	Landau K., Brauchler R., Brauchler ...
Kurzfragebogen zur aktuellen Beanspruchung	KAB	1993	Müller B., Bessler H.D.
Skala zum erlebten Veränderungsdruck	SeV	2002	Ferris D., Filipp S.H., Vaid D.
Epidemiologisches Erhebungs-System	EES	1990, 1. Aufl.	Landau K., Brauchler R., Brauchler ...
Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung	FABA	1996	Richter P., Rudolf M., Schmidt C.F.
Fragebogen zur Analyse erlebter Arbeitsintensität und Tätigkeitsräume	FIIT	2000	Richter P., Herrmann E., Merboth H. ...
Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen	hamel 2	2003	Dieterich M., Goll M., Pfeiffer G. ...

<http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/gesamtlste/gesamtlste-de.asp>

Zugriff: 01.09.2022

Assessments in der Rehabilitation



Kleingruppenarbeit

Aufgabe

- Welche der vorgestellten diagnostischen Instrumente und Assessments können Sie nutzen, um eine weiterführende und vertiefende Diagnostik bei Ihrem alltäglichen Patientenkontext umzusetzen?
- Ergänzen sie diese Liste um die Instrumente und Assessments, die Sie schon derzeit in Ihrem therapeutischen Alltag einsetzen.



Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der bewegungstherapeutischen Intervention

Assessment	Kurzinformation
Indikationsübergreifende Assessments	
Indikatoren des Reha-Status (IRES-3, IRES-24) Bührle et al., Wirtz et al. (2005), Gerdes, Jäckel (1995)	- speziell für den Rehabilitationskontext entwickelt; 144 Items (<i>IRES-3</i>) bzw. 24 Items (<i>Kurzversion IRES-24</i>) - er erfasst verschiedene Facetten des Gesundheitsstatus und der Funktionsfähigkeit bei Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen - für den Kontext der arbeits- und berufsbezogenen Orientierung kann auf einzelne Subskalen des Fragebogens zurückgegriffen werden z. B.: „Funktionsfähigkeit im Beruf“ (nur IRES-3)
Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) Bullinger (1996), Bullinger, Kirchnerger (1998, deutsche Version)	- krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - 8 Dimensionen der subjektiven Gesundheit: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden (Grunddimensionen: körperliche und psychische Gesundheit); aktueller Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr (Einzelitem)
FCE - Systeme (functional capacity evaluation)	
EFL - Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit Isernhagen et al. (1999), Kaiser et al. (2000a)	- Testbatterie mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests - Belastung bis zur Leistungsgrenze (psychophysischer Test) - maximale Leistungsfähigkeit innerhalb einer <u>ergonomischen</u> Testausführung - Ermittlung der geschätzten Belastbarkeit innerhalb eines 8-stündigen Arbeitstages - es gibt eine EFL-Kurzform
ERGOS® Work Simulator Kaiser et al. (2000b)	- 42 Einzeltests zu Kraft, Körperbeweglichkeit, Arbeitsausdauer, -schnelligkeit, -genauigkeit - psychophysischer Test = Überprüfung der maximalen Leistungsfähigkeit <u>ohne ausdrückliche Berücksichtigung der Ergonomie</u> - Vergleich der Leistungsfähigkeit mit hinterlegten Anforderungsprofilen verschiedener beruflicher Tätigkeiten - www.ergosarbeitssimulator.de

Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA) Alles, T., Röhrig, A., Bühne, D. (2013)	- Testbatterie zur Ermittlung körperlicher Fähigkeiten - dient der standardisierten Einschätzung arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit mit Hilfe arbeitsanforderungsbezogener Tests u. a.: - 7 Tests zur Körperhaltung, 4 Tests zur Körperfortbewegung, 5 Tests zur Körperteilbewegung, 8 Tests komplexe Merkmale - ICF-bezogen (Einschätzung körperlicher Aktivitäten unter Berücksichtigung arbeitsbezogener Umweltfaktoren; abgestimmt auf Profilvergleich IMBA)
SAPPHIRE Arbeitskapazitäten System Simwork Systems / Work Recovery Europe BV	- Arbeitssimulator; standardisierte Tests, die definierte Arbeitsaktivitäten umfassen - Untertests über Kraft, Ausdauer und körperliche Flexibilität - www.simwork.com/products/sapphire/sapphire.htm
Physical Capacity Evaluation (PCE) Daltroy, L.H. et al. (1995)	- 13 Einzeltests, mit denen die motorische Funktion und entsprechende Einschränkungen erfasst werden - Überprüfung alltagsrelevanter motorischer Funktionen älterer Menschen (<i>Alter 65 - 99</i>) u. a. Greifkraft, Anziehen eines T-Shirts, Tandemstand etc.
Dokumentationssysteme zum Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen	
Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA) BMGS-Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) (Hrsg.): IMBA (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt). Das Instrument für den fähigkeitsgerechten Personaleinsatz. Definitionen Anforderungen. Essen, Köln, Siegen.	- IMBA dient dem fähigkeitsgerechten Personaleinsatz und der fähigkeitsgerechten Integration von Mitarbeitern in Arbeit mittels des Vergleiches zwischen Arbeitsfähigkeiten und Arbeitsplatzanforderungen - 9 Dimensionen: Körperhaltung, Körperfortbewegung, Körperteilbewegung, Information, Komplexe Merkmale, Umgebungseinflüsse, Arbeitssicherheit, Arbeitsorganisation, Schlüsselqualifikation - 5-stufiger Beurteilungsschlüssel: von keine Anforderung/Fähigkeit, bis sehr hohe Anforderung/Fähigkeit - Einzeltest, vorliegend als Software- und Papierversion, Kurz- und Langform, Aufbau: 3 Ebenen: Anforderungsprofil, Fähigkeitsprofil, Profilvergleich
Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) Föhres, F., Kleffmann, A., Weinmann, S. (2003)	- Einschätzungen beziehen sich auf tätigkeitsrelevante Schlüsselqualifikationen - Fähigkeiten von Personen und Anforderungen von Arbeitstätigkeiten können miteinander verglichen werden - 29 Items verteilt auf kognitive und soziale Merkmale, Art der Arbeitsausführung, Kulturtechnik/Kommunikation, psychometrische Merkmale

Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit: Performance Assessment and Capacity Testing (PACT) Matheson et al. (1993)	- Erfassung der Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Patient beurteilt anhand von 50 Abbildungen von Alltagsaktivitäten anhand einer 5-Punkte-Skala wie er die dargestellten Alltagsaktivitäten ausführen kann - der Totalscore ermöglicht einen Hinweis auf die vom Teilnehmer geschätzte, noch mögliche Arbeitsbelastung
Heidelberger Health Score (HHS) Universität Heidelberg, Kompetenzzentrum BGM am ISSW	- Erfassung der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Einschätzung der berufsbezogenen Gesundheitsfaktoren - Analyseinstrument zur Erfassung von Bedarfen, die mit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit assoziiert sind - 14 Items (Persönliche Gesundheitseinschätzung, Gesundheitliche Ressourcensituation, Mentale Widerstandsfähigkeit, Allgemeines Aktivitätsprofil, Risiko-Faktor Sitzen,...)
Alltagsaktivitäten: Health Assessment Questionnaire (HAQ) Fries et al. (1980)	- Erfassung der körperlichen Behinderung bei Alltagsaktivitäten v. a. bei rheumatoider Arthritis aber auch Arthrose oder arbeitsbezogene Erkrankungen (Selbstbeurteilung) - Fragebogen erfasst Schwierigkeiten bei 20 verschiedenen Aktivitäten, die in Gruppen kategorisiert sind (Ankleiden und Körperpflege, Gehen, Heben,...) - Vergleich mit Normwerten möglich
Schmerz	
Numeric Rating Scale (NRS)/Visual Analogue Scale (VAS)	- VAS: der Patient schätzt die empfundene Schmerzintensität auf einer 100 mm langen Linie - NRS: der Patient drückt die Intensität des Schmerzes in Zahlenform aus (eine Zahl zwischen 1 und 10) - Messung der Schmerzintensität (eindimensional) - für ältere Menschen eher die numerische Einschätzungsskala verwenden

Motorisch-funktionelle Tests	
Physiotherapeutisches Assessment (PA) Voigt-Radloff, S., Schlennstedt, D. (2006)	- Beurteilungsinstrument über die Ausführung von Bewegungsaktivitäten im Alltag - Informationen per Patientenbefragung, durch Beobachtung, per Fremdanamnese, durch Tests und/oder Teamrücksprache, unter Berücksichtigung des Umfeldes - Zuordnung zu definierten Items und Skalierung mithilfe von vier Kategorien der Schwere (keine Einschränkungen (I) bis massive Einschränkungen (IV)) - Items in den Bereichen: Mobilität (5 Items), Sensomotorik (6 Items), funktionelle Störungen (7 Items), spezifische neurophysiologische Störungen (5 Items)
Bewegungsfunktionstest (BFT) Keitel, W., Hoffmann, H., Weber, G. (1993)	- Überprüfung der Minderung der Bewegungsfunktion - 24 Einzelbewegungen unter Berücksichtigung von Funktionsketten (beide Hände gleichzeitig in den Nacken, Aufrichten aus dem Liegen,...) - Zielgruppe: Erwachsene mit generalisierten Erkrankungen des Bewegungssystems
Motorische Basisdiagnostik (MBD) Wydra, G.	- Screening-Verfahren zur Aufdeckung motorischer Defizite; jeweils 4 Aufgaben zur Erfassung der Kraft, Beweglichkeit, Koordination/Gleichgewicht, Ausdauerstufentest
weitere Tests im Überblick	- Praxis-Fitnesstest (Mohl, H., 1974) - Physical Performance Test (PPT) (Reuben, D.B., Siu, A.L., 1990) - Short Physical Performance Battery (SPPB) (Guralnik, J.M., Simonsick, E., Feruc) - Halteleistungstest nach Matthiass (Matthiass, H.H., 1961) - Karlsruher gesundheitsorientierter Fitness Test (KGFT) (Bös, K., Woll, A., Tittlbach, S., 1997)
Motorisch-funktionelle Tests	
Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH - R) Kohlmann, T., Raspe H.H. (1996)	- Kurz-Fragebogen zur (Selbst-) Einschätzung der subjektiven Funktionskapazität im Zusammenhang mit grundständigen alltäglichen Verrichtungen - Rückenschmerz-Version des Funktionsfragebogens Hannover (FFbH) <u>dessen Zielgruppe Patienten mit rheumatoider Arthritis (chronische Polyarthritis) sind</u> - 12 Items (z. B.: Können Sie sich über einem Waschbecken die Haare waschen? Können Sie Strümpfe An- und Ausziehen?), 3-stufige Antwortskala
Oswestry Disability Questionnaire – [Deutsche Version (ODQ-D)] Mannion AF et al. (2006)	- Behinderungsfragebogen bei Rückenbeschwerden (Selbsteinschätzung) - 10 Abschnitte mit je 5 Items (Schmerzstärke, Körperpflege, Heben, Gehen, Sitzen, Stehen, Schlafen, Sexualleben, Sozialleben, Reisen)

Funktionsfragebogen Bewegungsapparat (SMFA- D) König, A. et al.	- Deutsche Version des Short Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire (SMFA) - Erfassung der Funktion und Beeinträchtigung des Bewegungsapparates - 46 Items unterteilt in Funktions- und Beeinträchtigungsindex; Rehabilitanden beurteilen ihre Funktionseinschränkungen (letzten 7 Tage), Punktwert 1 - 5
Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (DASH) German et al. (1999, 2003)	- Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Symptomen und funktionellen Einschränkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen im Bereich der oberen Extremität - Bereiche der ICF Körperfunktionen und –strukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe werden abgedeckt - besteht aus 30 Items; Kurzversion Quick-DASH (11 Items)
Barthel-Index (BI) Heuschmann et al. (2005), Hasemann, W. (2002), Schupp, W. et al. (o.J.) Orinalversion: Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965)	- Erfassung der Unabhängigkeit von fremder Hilfe in den Bereichen des täglichen Lebens für Fortbewegung, Körperpflege, Essen, Kontinenz - 10 Items (persönliche Pflege, Treppen auf- und absteigen, An- und Ausziehen,...) - Einsatzfeld Neurologie und Geriatrie - 3-stufige Bewertung und Punktevergabe
Physical Performance Test Simmonds, M.J. et al. (1998)	- Erfassung der funktionellen Fähigkeiten von Rehabilitanden mit Kreuzschmerzen - Testbatterie mit 8 Einzelaufgaben: Beweglichkeit der LWS, Rumpfbeugung, Aufstehen/Hinsetzen, Timed Up and Go, nach vorne reichen mit Gewicht, 50 Fuß-Gehen, Fünf-Minuten-Gehen, Kraftausdauertest nach Sörensen
Back Performance Scale Strand, L.I. et al. (2002)	- Erfassung der WS-Beweglichkeit bei Alltagsaktivitäten. Zielgruppe: Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Testziel: Sichtbarmachen von Therapieerfolgen; Formulierung von alltagsrelevanten Zielen mit dem Patienten - Kombination von 5 Tests: Socken-Test, Langsitz-Test, Messung des FBA; Aufhebe Test, Hebe-Test
Berg-Balance-Skala Berg, K. et al. (1989)	- Erfassung der funktionellen Fähigkeiten von Rehabilitanden mit Kreuzschmerzen - Testbatterie mit 14 Einzelaufgaben: vom Sitzen zum Stehen, Stehen ohne Unterstützung, Sitzen ohne Rückenlehne, vom Stehen zum Sitzen, Transfer, Stehen mit geschlossenen Augen ohne Unterstützung, Stehen ohne Unterstützung mit geschlossenen Füßen, im Stehen mit ausgestrecktem Arm nach vorne reichen/langen, aus dem Stand Gegenstand vom Boden aufheben, sich im Stehen umdrehen, um nach hinten über die rechte und die linke Schulter zu schauen, sich um 360° drehen, ohne Unterstützung abwechselnd die Füße auf eine Stufe stellen, Stehen ohne Unterstützung mit einem Fuß vor dem anderen (Tandemstand), auf einem Bein stehen (Einbeinstand)

Stair Measures Test (ST) Walsh, M. et al. (1998)	- Überprüfung der Fähigkeit zum Treppensteigen und des Behandlungsergebnisses bei Patienten nach Knie- oder Hüft-TEP (Aktivitätsebene) - Patient geht 9 Treppenstufen rauf und runter, Gesamtzeit wird gemessen einschließlich der benötigten Zeit für das Umdrehen - Geländer und Hilfsmittel können benutzt werden (wird bei der Testdurchführung protokolliert)
Motorisch-funktionelle Tests - Ausdauer	
IPN-Ausdauerstest Lagerström, D., Trunz, E. (1997)	- Überprüfung der kardio-pulmonalen Belastbarkeit; Messung der aeroben Leistungsfähigkeit - Vergleich mit einer alters- /geschlechtsspezifischen Norm-Soll-Leistungstabelle
Physical Working Capacity (PWC 130, 150, 170) Rost, R., Hollmann, W. (1984), Schwabergger et al. (1985)	- Überprüfung des Dauerleistungsvermögens; Leistung (in Watt) bei einer definierten Herzfrequenz - Ermittlung im Rahmen eines stufenförmigen Belastungstests
2-Km-Walking Test (Original: UKK Walking Test) Bös, K. (2003), Laukkanen, R. (1993), Urho Kekkonen Institute for Health Promotion Research, Tampere (1987)	- misst die kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit - 2 km-Strecke so schnell wie möglich in der Walking-Technik - Erfassen der Pulsfrequenz - Vergleich mit Normwerttabellen
Cooper-Test Cooper, K.H. (1994)	- Test zur Überprüfung der allgemeinen Ausdauer - maximale Strecke, die in 12 Minuten zurückgelegt wird - Einstufung anhand einer Norm-Leistungstabelle - geeignet eher für Normalsportler bzw. Laufgeübte - nur grobe Aussage über die allgemeine Ausdauer
6-Minuten-Lauf Bös, K., Mecheling, H. (1983)	- Abschätzung der Leistungsfähigkeit unterhalb der anaeroben Schwelle - Messung der zurückgelegten Strecke - Einstufung anhand einer Normwerttabelle

Motorisch-funktionelle Tests – Kraft und Kraftausdauer	
Muskelfunktionstest nach Janda Janda, V. (1986, 1994)	- Auskunft über die Kraft einzelner Muskeln oder Muskelgruppen, die eine funktionelle Einheit bilden, und über das Ausmaß von Läsionen peripherer motorischer Nerven - als Screening-Verfahren bzw. Hilfsmittel bei der Diagnostik - Einteilung der Kontraktionsfähigkeit/Muskelkraft in eine 6-stufige Skala, Bewertung eher subjektiv
Kraftausdauerstest der Rumpfmuskulatur (Beuger, Strecker) Ito, T. et al. (1996)	- Ausgangsstellung ist die Rücken- (Rumpfbeuger) oder Bauchlage (Rumpfstrecker) - statischer Haltetest, Messen der Haltezeit - bei Einhaltung der Standardisierung geeignet für die Dokumentation von Interventionen
Isometrische Kraftausdauer der Rückenmuskulatur Biering-Soerensen, F. (1984)	- Testperson liegt einschließlich des Beckens auf der Untersuchungsfläche, Beine werden vom Untersucher fixiert, Oberkörper wird frei gehalten (Ziel 4 Minuten halten) - Haltezeit bis Testabbruch wird erfasst - Ermüdung der Isciocruralen Muskulatur und Motivation der Testperson können die Aussagekraft beeinträchtigen
Leg-lowering Test Kendall, H.O., Kendall, F.P. (1983)	- Kraftfähigkeit der Bauchmuskulatur, das Becken gegen das Drehmoment der Beine zu fixieren - Proband liegt auf dem Rücken und senkt die gestreckten Beine von 90° Hüftbeugung an nach unten - gemessen wird der Winkel, bei dem das Becken nicht mehr fixiert werden kann - darauf bezogen wird die Kraft ausgehend von 100 % bei vollständig abgesenkten Beinen in Stufen bewertet
Curl-Ups Wydra, G. (1995)	- Überprüfung der Kraft der Bauchmuskulatur - Testperson liegt auf dem Rücken, Unterschenkel auf Kasten, über eine vorgeschaltete Testübung wird der ‚Totpunkt‘ (subjektiv anstrengendste Position des Aufrollens) bestimmt - Aufgabe: innerhalb von 30 Sekunden so oft wie möglich bis zum ‚Totpunkt‘ aufrichten - Anzahl der Aufrichtungen werden gezählt, Einordnung anhand von Vergleichswerten
Chair-Rise-Test Guralnik et al. (1994)	- Kraft und Kraftausdauer der unteren Extremität - Zahl der vollständig erreichten Standpositionen innerhalb von 30 Sekunden bzw. wie lange der Proband für das 5malige Aufstehen benötigt

Messung der Handkraft	- mittels eines Vigorimeters (oder Jamar Dynamometer) wird die Maximalkraft der linken und rechten Hand gemessen - vor dem Hintergrund, dass eine ausreichende Handgriffstärke Voraussetzung ist für manuelle Fähigkeiten bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens
Motorisch-funktionelle Tests – Beweglichkeit	
Neutral-Null-Methode Debrunner (o.J.)	- Beweglichkeit der Hauptgelenke des Körpers - Grundlage ist die anatomische Normalstellung - erfasst wird das aktive und/oder passive Bewegungsausmaß - Aufdeckung von Funktionsstörungen und Beweglichkeitsdefiziten, eher ein Screening
Schober-Test Schober, P. (1937)	- Erfassung der Wirbelsäulenbeweglichkeit (Flexion LWS) bzw. deren Einschränkung mittels eines Maßbandes (im Unterschied zw. aufrechter u. maximal flektierter WS-Stellung) - Vergleich mit Normwerten - Aussagekraft stark abhängig von Einhaltung der Standardisierungsbedingungen (Reproduzierbarkeitsmaße eher mäßig)
Beweglichkeitsmessung mittels Inklinometer Loeb, W.Y. (1967)	- Erfassung von Beweglichkeitseinschränkungen der Wirbelsäule mittels eines Inklinometers - festgelegte Punkte der Wirbelsäule bzw. deren Neigung und damit Winkelstellung zur Vertikalen; Erfassung in habitueller Stellung, Flexion und Extension
Finger-Boden-Abstand (FBA)	- Überprüfung des Bewegungsumfanges der WS (Screening) - so weit wie möglich, mit gestreckten Kniegelenken nach vorne beugen, Abstand zwischen Fingerspitzen und Boden wird gemessen - Ergebnis abhängig von der WS-Beweglichkeit, der Hüftgelenke und der Dehnfähigkeit der isciocruralen Muskulatur
Motorisch-funktionelle Tests – Koordination	
Karlsruher Gesundheitsorientierter Koordinationstest (KGKT)	- überprüft mit 7 Items die Koordination - Testbatterie (Einbeinstand, Wurf an die Wand, Achterkreisen)
Bewegungskoordinationstest-Kur (BKT-Kur) Wydra, G., Bös, K. (o.J.)	- Erfassen der Bewegungskoordination bei Erwachsenen - motorische Aufgaben (Hopserlauf, Hampelmann, Ball umgreifen etc.) - Bewertung erfolgt mit gekonnt oder nicht gekonnt

Gleichgewichtstest (GGT) Bös, K. et al. (1992)	- Gleichgewichtstest - 14 Items (verschiedene Balancieraufgaben mit Zusatzaufgaben, Einbeinstandschwingen,...)
Get-up and Go-test Mathias, S. et al. (1986)	- Beurteilung des Gleichgewichtes auch im Hinblick auf Sturzrisiko - Erfassen des Gleichgewichts von älteren Menschen oder solchen mit reduzierter Gleichgewichtsfähigkeit innerhalb einer alltäglichen Bewegungsaufgabe - Einschätzung mittels einer 5stufigen Skala
Functional Reach-Test Duncan, P.W. et al. (1990)	- Erfassung des alltagsbezogenen Gleichgewichts - Aufgabe: wie weit ist es einer Person möglich, über die Gesamtlänge der ausgestreckten Arme nach vorne zu greifen, ohne das Gleichgewicht zu verlieren
Maximal-Step-Length-Test Medell, A. (2000)	- testet das komplexe Zusammenspiel von Kraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit (Erfassen des Sturzrisikos) - Aufgabe: großen Ausfallschritt machen, Standbein bleibt an der gleichen Stelle und dann wieder zurück in die Ausgangsposition - Mittelwert von 5 Versuchen
Timed „Up and Go-Test“ Podsiadlo, D., Richardson, S. (1990)	- Modifikation des Get-up an Go-Tests, Zeit für die Durchführung wird gemessen - bessere Bewertung der koordinativen Leistungsfähigkeit als über eine fünfstufige Skala zur Bewegungsqualität
Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) Tinetti, M.E. (1986)	- Erfassung funktionsbezogener Gleichgewichtsfähigkeit (Subskala Gleichgewicht) und Bewegungsverhalten beim Gang (Subskala Gang) - Zielgruppe: ältere Menschen - 13 Aufgaben zum Gleichgewicht (u. a. Balance im Stehen gerade nach dem Aufstehen, nach oben greifen, Bücken,...), zur Gangqualität (u. a. Initiierung des Ganges, Schrittsymmetrie,...) - subjektive Bewertung durch den Testleiter - aus Einzelbewertungen wird Summenscore gebildet
Apparative Systeme – Haltung und Beweglichkeit	
- Sensorelektronik (Bewegungserfassung mit Inertialsensoren) zur Gang- und Bewegungsanalyse - 3-D Bewegungsanalysesysteme zur Bewegungs- und Ganganalyse mittels Kamera oder Ultraschalltopometrie - Ultraschallgestützte Anthropometrie (definierte Körperpunkte werden abgetastet z. B. zur Feststellung von Asymmetrien) - Erfassung der Kontur der Wirbelsäule mit opto-elektronischen Systemen (Triflexometer) oder auch einer Computermouse mit innenliegendem Lagesensor	

Apparative Systeme – Gleichgewicht	
Kraftmessplatten	- Erfassen der Veränderung der Lage des Körperschwerpunktes und des Druckmittelpunktes auf der Messfläche - posturale Stabilität, dynamische Stabilität und Gleichgewicht - gemessen/berechnet wird die Länge des Schwankungsweges oder auch die maximale Amplitude
Apparative Systeme – Kraft	
- Drehmomentmessungen an Test- und Trainingsgeräten (z. B. isokinetische Kraftmessungen) - Kraftverteilungsmesssysteme zur Messung der Bodenreaktionskräfte - Elektromyographie-Messungen	
(Berufliche) Teilhabe	
Würzburger Screening Löffler et al. (2008)	- Fragebogen zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen (Selbstbeurteilungsbogen) - wird eingesetzt zur Zuweisungssteuerung für Antragsteller auf medizinische Reha bei sozialmedizinischen Diensten und zur Behandlungsplanung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation - Version a: f. sozialmedizinische Dienste mit den Skalen Berufliche Belastungen (BB) und subjektive Erwerbsprognose (SE), 7 Items - Version b: Klinikversion; Skalen BB, SE plus „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten (IBT), 9 Items
Simbo Streibelt, M., Müller-Fahrnow, W. (2005)	- dient der Identifikation von beruflichen Problemlagen und stellt ein Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfes an medizinisch-orientierten-beruflichen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation dar - wird z. B. von der DRV Bund bei orthopädischen Erkrankungen zur Erkennung und gezielten Zuweisung der Zielgruppe in die MBOR genutzt - 7 Fragen: derzeitige Erwerbssituation, arbeitsfähig oder –unfähig, Beeinträchtigung durch Schmerzen in der Arbeit

AVEM Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (1996)	- arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Selbsteinschätzung, Fragebogen - erfasst relativ stabile Verhaltens- und Erlebensmerkmale, die als persönliche Ressourcen in die Auseinandersetzung mit den beruflichen Anforderungen eingehen - 11 Dimensionen, 66 Items, 5stufige Antwortskala: Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben, beruflicher Ehrgeiz, Perfektionsstreben, Verausgabungsbereitschaft, etc. - aus den diagnostischen Ergebnissen ergeben sich Schlussfolgerungen für die Verhaltens- und Verhältnisprävention
Scores	
Lequesne – Index für Hüft- und Kniegelenkserkrankungen – deutsche Version (<i>Lequesne-Index</i>) Ludwig, F.-J., Grimmig, H., Melzer, Ch., Daalman, H.H., Reha-Zentrum Bad Eilsen	
Originalversion: Lequesne Algofunctional Indices for Hip and Knee Osteoarthritis (<i>Lequesne-Index</i>) Lequesne, M., Mery, C., Samson, M., Gerard, P. (o.J.)	- Selbstbewertungsverfahren für Patienten mit Hüft- und Kniegelenkserkrankungen - geeignet für degenerative Erkrankungen sowie zur Verlaufsbeurteilung nach operativen Eingriffen - 3 Dimensionen: Schmerz (5 Fragen), Gehfähigkeit (2 Fragen), Alltagsbewältigung (4 Fragen), skalierte Antwortmöglichkeiten
Score nach Merle d'Aubigne und Postel Merle d'Aubigne, R., Cauchoux, J., Ramadier, J.V. (1949)	- klinischer Score für Rehabilitanden mit Hüftgelenkendoprothesen - 3 Dimensionen: Schmerz (7 Items), Bewegungsausmaß (7 Items), Gang (7 Items)
Vereinfachter Harris-Score Haddad, R.J., Cook, S.D., Brinker, M.R. (1990)	- klinischer Score für Patienten mit Coxarthrose - 4 Dimensionen: Schmerz (6 Items), Funktion (7 Items), Deformitäten (4 Items), Bewegungsausmaß (6 Items)
Originalversion Western Ontario and Mc Master Universities Arthritis Index (<i>Womac</i>) Western Ontario and Mc Master Universities (1982)	- Zielgruppe sind Patienten mit Gon- und Coxarthrose (wird auch eingesetzt u. a. bei rheumatoider Arthritis und Fibromyalgie) - Dimensionen umfassen Schmerz, Steifigkeit, funktionelle Einschränkungen, ADL's - deutsche Version von Stucki, G. (1996)
Staffelstein-Score	- Score zur Erfassung des Therapieerfolges bei Pat. mit Zustand nach Hüft- und/oder Knie TEP - Dimensionen umfassen Schmerz, ADL's (Treppe steigen, Gehstrecke...), Hüftgelenk (ROM, Kraft Glutäalmuskulatur) - 3-stufige Antwortskala

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

1.5 Formulierung eines bewegungstherapeutischen Befundes

Lehrziel

Die Teilnehmenden können einen bewegungstherapeutischen Befund formulieren.

Begründung

Der Befund zum Ende einer Rehabilitation ist das Fachurteil der jeweiligen therapeutischen Berufsgruppe. Er ist Grundlage und Bestandteil einer interdisziplinär erstellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bearbeitung von Fallbeispielen ermöglicht den Teilnehmenden ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen und ihre praktischen Fähigkeiten bei der bewegungstherapeutischen Befunderstellung und -formulierung zu erproben und zu verbessern. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Anforderungen an die bewegungstherapeutische Dokumentation und die Erstellung von bewegungstherapeutischen Berichten
- Erarbeitung von Fallbeispielen
 - Formulierung bewegungstherapeutischer Befunde
- Austausch über die Aussagekraft der Formulierungen

Material

- Folien (siehe Seiten 50 - 55)
- Handouts:
 - Anforderungen an die bewegungstherapeutische Dokumentation - „Kleiner Leitfaden“ (siehe Seiten 56 – 57)
 - Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Bewegungstherapie (siehe Seite 58)
- Handout: Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit
- Flipchartblätter für Kleingruppen

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Kurzvortrag (20 Minuten), Kleingruppenarbeit (40 Minuten), Moderation der Diskussion der bewegungstherapeutischen Befunde (30 Minuten)

Nach einer thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt. Die Teilnehmenden erhalten zur Erstellung des bewegungstherapeutischen Befundes Fallbeispiele, bei denen Eckdaten des zu beurteilenden Rehabilitanden wie Geschlecht, Alter, erlernter Beruf, Funktionsdiagnose und ggf. Beschwerden beschrieben sind. Die Kleingruppen haben die Aufgabe, vor dem Hintergrund dieser Daten einen Rehabilitationsplan zu erarbeiten, der für die

Reha-Zielerreichung die notwendigen spezifischen bewegungstherapeutischen Interventionen festlegt. Anschließend soll der bewegungstherapeutische Befund erstellt und auf einem Flipchart festgehalten werden. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihren Formulierungsvorschlag für den bewegungstherapeutischen Befund im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion. Im Plenum wird das Arbeitsergebnis der Kleingruppen gemeinsam geprüft und diskutiert, ob der beschriebene Reha-Behandlungsplan und der bewegungstherapeutische Befund nachvollziehbar sind.

Zeit circa 90 Minuten

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund



.....um wieder gut Treppensteigen zu können, steigerte sich der Kraftgrad der Glutäalmuskulatur (*re*), im Verlauf von Stufe 3 auf Stufe 4 (*n. Janda*).....

..um ohne ÖPNV seine Tochter besuchen zu können, ist er in der Lage, wieder 640 m innerhalb von 10 Minuten sicher mit UAG's zurückzulegen (*Gehtest 10.04.2019*).....

.....er kann alltägliche Bewegungsmuster, wie das Sockenanziehen (*BPS Sockentest 0*) und Aufheben von leichten Gegenständen (*BPS Aufhebetest 1*), sicher und beschwerdefreier realisieren (*4 → 2, NRS*), bei gleichzeitig rückläufigen ischiadischen Beschwerden. (*FBA um 5 cm ↓ auf 6 cm*).....

.. das Therapieziel „Gegenstände“ ohne Schmerzen vom Boden aufheben zu können, wurde etwas weniger als erwartet (*-1*) erreicht (*noch leichte Schmerzen*).....

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund



...er ist in der Lage eine Stehbelastung von 15 Minuten zu bewältigen und kann dabei beweglichkeits- sowie koordinationsfördernde Übungen - auch mit Handgeräten - durchführen....

...Einschränkungen bestehen noch hinsichtlich der Koordination, hier insbesondere des Gleichgewichtes. Der Tandemstand (*Augen offen*) kann nicht 10 Sekunden lang aufrechterhalten werden.....

.....er besitzt die Fähigkeit, situationsspezifisch und variabel die Alltagstätigkeiten wie Heben, Bücken, Tragen, Sitzen, belastungsadäquat umzusetzen. Er kennt die Zusammenhänge zwischen Bewegung, Schmerz und „schlechter Stimmungslage“.

.....Herr P. hat wieder Zutrauen zur Belastung

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund



.....Herr P. ist in der Lage, die spezifische Muskelkräftigung (*Glutäen, Quadriceps*) und –dehnung (*gegen die Schwerkraft, mit Theraband*) selbständig durchzuführen.....

..... war in der Lage, innerhalb von 15 Minuten 800 m zurückzulegen (*8. Termin NW*).....

.....in allen Gruppentherapien war er eingebunden in die Gruppe, agierte frei mit den Mitpatienten und nahm aktiv und motiviert an der physiotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlung teil.....

.....Herrn P. wird empfohlen, die gelernten Eigenübungen, mit Schwerpunkt Dehnung der Außenrotatoren des Hüftgelenkes, fortzuführen und gemäß der Vorgaben der Bewegungspyramide körperliche Aktivität und Bewegung im Alltag umzusetzen.....

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund (*Teilaspekt*)



„Die Rehabilitandin war in der Lage am 25. postoperativen Tag (*unter Zuhilfenahme von UAG's*) innerhalb von 10 Minuten schmerzfrei und mit stabilem Gangbild eine Strecke von 680 m zurückzulegen.

Sie zeigte unabhängigen Umgang mit Treppen, konnte sich sicher im Menschengedränge bewegen und war in der Lage auf unebenem Untergrund ohne Gleichgewichtsverlust zu gehen.“

(*ADL Einordnung:*

Als Anhaltspunkt für die potentielle Gehfähigkeit in der sozialen Umgebung wird eine Mindestgehfähigkeit von 48 m/min (+/- 11 m) angesehen. Insofern war die Partizipationsfähigkeit der Rehabilitandin hinsichtlich der Mobilität zur Teilhabe in ihrer sozialen Umgebung gegeben.)

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund (*Teilaspekt*)



„Der Rehabilitand war am 20. Tag seines Rehaaufenthaltes in der Lage, auf dem Laufband für 10 Minuten, bei einer Gehgeschwindigkeit von 6 km/h, eine Distanz von 1000 m zurückzulegen.

Dies entspricht bei einer durchschnittlichen Schrittlänge (*Mann*) von 0,70 bis 0,75 m, einer Schrittzahl von näherungsweise 1.428 bis 1.333 Schritten ($\varnothing$ 1.379).“

(ADL Einordnung:

- *Manager ~ 3000 Schritte/Tag = ~ 2,17 km/Tag*
- *Verkäufer ~ 5.000 Schritte/Tag = ~ 3,625 km/Tag*
- *Call-Center-Agent ~ 1.200 Schritte/Tag = ~ 870 m/Tag*
- *Postbote ~ 15.000 Schritte/Tag = ~ 10,87 km/Tag*

<http://www.marathonfitness.de/10000-schritte-aktivitaetstracker/> Zugriff 01.09.2022

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund (*Teilaspekt*)



„Die Rehabilitandin war am 18. Tag ihres Rehaaufenthaltes in der Lage, auf dem Fahrradergometer innerhalb einer Dauerbelastung von 20 Minuten mit einer Leistung von 75 Watt zu treten.“

(ADL Einordnung:

Eine Dauerbelastung von 50 - 75 Watt entspricht bei einem Körpergewicht von 73,5 kg einer Leistung von 1,02 Watt/kg/kg, gleichbedeutend einer mittelschweren körperlichen Belastbarkeit)

Quelle: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/begutachtung/leitlinien_rehabeduerftigkeit_khk_langfassung_pdf.html S. 29 Zugriff 01.09.2022

Beanspruchung bei Alltagstätigkeiten

- < 1 (*Watt/kg/kg*) sitzende Tätigkeit
sehr langsames Gehen
- 1 normales Gehen
leichte körperliche Arbeit
- 1 - 1,5 schnelles Gehen
langsames Laufen
mittelschwere körperliche Arbeit
- 1,5 - 2 Treppensteigen, Jogging
schwere körperliche Arbeit
- > 2 schnelles Laufen
Belastung bei Sportspielen
körperliche Schwerstarbeit

(Bös K., Wydra G., Karisch 1992)

Beispielformulierung bewegungs- therapeutischer Abschlussbefund (*Teilaspekt*)

„Therapieziel Ressourcenorientierung“

.....erarbeitete sich in der Sporttherapie die Fähigkeit, verschiedene aerobe Trainingsformen (*Ergometer-, Walk- bzw. Lauf-, Schwimmtraining*) zur Verbesserung der **allgemeinen Ausdauerleistungsfähigkeit** (*b4550*) anzuwenden und damit die Möglichkeit, die eigene **Fitness** sowie die eigene **Gesundheit** selbst zu beeinflussen (*d5701, d5702*).

(modif. n. T. Scheld, 2014)

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. WHO, 2005)

Kleingruppenarbeit (40 Minuten)

- Erstellen Sie bitte einen Befundbericht.
- Erarbeiten Sie die Teile, die zum Reha-Entlassungsbericht aus Sicht der Bewegungstherapie beigetragen werden.
- Nehmen Sie die folgenden Gliederungspunkte als Rahmen:
 - bewegungstherapeutischer Aufnahmebefund, Assessment, Diagnostik
 - Reha-Prozess und –Ergebnis spezifisch auf die Bewegungstherapie bezogen
 - Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen.
- Stellen Sie Ihren Fall anschließend im Plenum vor.



Fallvorgaben

- **Fall 1 – orthopädische Rehabilitation:**
Herr Maier, 59 Jahre, Lkw-Fahrer,
Zustand nach Hüft-TEP, noch schmerzhafte Bewegungseinschränkung, BMI: 34 (*10 kg Gewichtszunahme in einem Jahr durch Bewegungsmangel*), Hypercholesterinämie
- **Fall 2 - orthopädische Rehabilitation:**
Frau Müller, 58 Jahre, Krankenschwester in der Geriatrie, chronische Rückenschmerzen bei Wirbelsäulen-Syndrom, Antriebs- und Konzentrationseinschränkungen, eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, Adipositas Grad II

Fallvorgaben

- **Fall 3 - kardiologische Rehabilitation:**
Herr Schmidt, 54 Jahre, Außendienstmitarbeiter bei einem Küchenhersteller,
AHB nach akutem Herzinfarkt, jetzt beschwerdefrei, als Risikofaktoren Bluthochdruck und Übergewicht
- **Fall 4 - onkologische Rehabilitation:**
Frau Baumann, 52 Jahre, Altenpflegerin,
AHB nach Mammakarzinom (*Operation und Bestrahlung*),
Hitzewallungen und Schlafstörungen, Schmerzen im OP-Gebiet sowie Achselhöhle und Schulter-Arm-Region

Handout: Anforderungen an die Dokumentation – „Kleiner Leitfaden“

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

Die Spezialisten legen Standards/rechtliche Anforderungen fest:

- Studien, wissenschaftliche Veröffentlichungen
- Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften
- Rechtsprechung

Die Therapie-, Pflege-, medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellung/Aufgabenzuweisung.

- Sie sollte zur Praktikabilität auf das wesentliche reduziert werden, aber alle notwendigen Aspekte enthalten.
- Routinemaßnahmen können z. B. auch im Rahmen der Teambesprechungen/Übergabe dokumentiert werden.
- Die Aufzeichnung ist für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentation“ ist zu vermeiden.
- Frage: „Welche Angaben benötigt mein Arbeitskollege, um Therapie, Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können?“
- Stichworte können verwendet werden, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Bei Bedarf: Auf bestehende Standards, Richtlinien oder Leitlinien (ggf. klinikinterne) verweisen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwendige Dokumente/auszufüllende Formblätter/(interne) Assessments immer auf ihre Aktualität und/oder Praktikabilität hin prüfen.

Wichtig:

Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Festlegung des Vorgehens:

- bei unvorhersehbaren Veränderungen
- bei stetiger Verschlechterung
- der Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung
- Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Rücksprache mit der Therapiebereichsleitung oder dem zuständigen Ober-/ Chefarzt ist notwendig.
- Das Handlungsziel (Reha-Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Rehabilitanden sollte erkennbar sein.
 - Umfang der erforderlichen Unterstützung
 - Beratung, Anleitung
- Strukturvorgaben: Die Anamnese/der Abschlussbericht etc. ist zeitnah entsprechend den Vorgaben erstellt.
- Die Auswertung der Verlaufsdokumentation ist gleich die Erfolgskontrolle therapeutischer Handlungen.
- Eine kontinuierlich, auf den Patienten angepasste Dokumentation.
- Evaluationen der Ergebnisse sind zu dokumentieren.

Wichtiger Hinweis:

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

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

Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):

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

§ 630g Absätze 1 und 2 BGB

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

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

Handout: Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Bewegungstherapie

Wichtig:

- ⇒ Festlegung der Berichtsform: Klinikspezifisch (ggf. entsprechend dem ärztlichen Entlassungsberichtes) kann der Bericht in der Vergangenheits- oder Präsensform formuliert werden.
- ⇒ Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz wie beispielsweise: „In der Bewegungstherapie wurde ...“
- ⇒ Keine Schrägstriche (/), Sonderzeichen und fachspezifischen Abkürzungen etc. verwenden.
- ⇒ Einen beschreibenden Fließtext formulieren.
- ⇒ Individuelle Aussagen nur zum jeweiligen/eigenen Fachbereich treffen: Sachliche Informationen über den aktuellen Status und ggf. Verlaufsentwicklungen, den der Rehabilitand zeigt.
- ⇒ **Fazit:** Grundsätzlich alltagsorientierten Bezug (Grad/Umfang der vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten) beschreiben.
- ⇒ **Beachte:** Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen werden vom ärztlichen Dienst getroffen.

Irrelevante Informationen (Bewegungstherapie spezifische: wie mobilisierende Techniken/Tonusverhältnisse der scapula-umgebenden Muskulatur oder welche Medien zur Verbesserung der motorischen, kognitiven und sozialen Kompetenzen eingesetzt wurden) nicht aufführen.

- Eher Sätze wie: Der Rehabilitand ist in der Lage sicher und fließend ...“
- Beschreibungen der Vorgehensweisen im Rahmen der Therapie nur innerhalb der Verlaufsdokumentation ausformulieren.
- Keine therapiespezifischen Eigennamen verwenden.
- Ausführliche bewegungstherapeutische Befunde (bewegungstherapeutische Assessments etc.) als Übergabemedium zur Darstellung der bewegungstherapeutischen Arbeitsweise und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im Team vorgehen.

Skalen und Scores:

- Prägnante Ergebnisse aus Testverfahren etc. beschreibend darstellen.
- Vergleichswerte zur Erfassung/Darstellung von Fortschritten nur für die interne Auswertung nutzen.

Strukturvorgaben:

- Der Abschlussbericht/Zusammenfassung ist nach ... Tagen entsprechend den Vorgaben erstellt und dem diktierenden Arzt (Reha-Entlassungsbericht) zugeführt.
- Archivierung erfolgt entsprechend der internen Vorgaben.

Modul 2b: Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

- Bewegungstherapeutischer Befund
- Rollenverständnis: Diagnostiker- und Therapeutenrolle
- Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF
- Beschwerdenuvalidierung
- Zusammenfassung und Ausblick auf Modul 3

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Sport-/Gymnastiklehrer, Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation, Bewegungstherapeut mit klinischer Expertise

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF (Gesundheitsproblem, Körperfunktion/-struktur, Aktivitäten, Partizipation/Teilhabe, Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren)
- Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls

Handouts

- Handzettel der Präsentationen (2 Folien pro Seite) oder das Manual 2b „Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“
- Fallvignetten mit der ärztlichen sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Teilnahmebescheinigungen
- Feedbackbögen

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der zweiten Seminareinheit können die Teilnehmenden das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der ICF zur individuellen Beschreibung von Rehabilitanden anwenden. Die Informationen zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der therapeutischen und diagnostischen Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Problemstellung. Sie haben Ansätze zum Umgang mit diesen Konfliktsituationen gelernt. Die Teilnehmenden können negative und positive Antwortverzerrungen bei Rehabilitanden benennen und haben einen Überblick über Möglichkeiten der Beschwerdenuvalidierung.

Hinweise

Es empfiehlt sich, den Tag mit einer kurzen Einstiegs-/Begrüßungsrunde zu beginnen, um Fragen, Anmerkungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden in den Ablauf zu integrieren.

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

2.1 Der bewegungstherapeutische Befund

Lehrziel

Die Teilnehmenden reflektieren die Anforderungen an den bewegungstherapeutischen Befund.

Begründung

Vor dem Hintergrund der Fallarbeit in der ersten Seminareinheit werden noch Fragen zu den Anforderungen an den bewegungstherapeutischen Befund abschließend diskutiert.

Inhalt

- Fragen zum bewegungstherapeutischen Befund

Material

- Arbeitsgruppenergebnisse zum bewegungstherapeutischen Befund (Lehrziel 1.5)

Hinweise zur Durchführung

Diskussion

Klärung von Fragen, die sich noch aus der Formulierung der bewegungstherapeutischen Befunde ergeben.

Zeit circa 30 Minuten

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

2.2 Rollenverständnis

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Unterschiede zwischen der Therapeutenrolle und der Rolle als Diagnostiker im Rehabilitationsprozess erläutern und Ansätze zum Umgang mit diesen beiden Rollen benennen.

Begründung

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

Inhalt

- Rollenverständnis – Konflikt zwischen Therapeutenrolle und Rolle als Diagnostiker im Prozess der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung?
 - Konsequenzen für den Bewegungstherapeuten in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Therapeuten-Rolle
 - Funktionen des therapeutischen Gespräches
 - Rollenverständnis als Therapeut während der Rehabilitationsbehandlung
- Rolle als Diagnostiker
 - Rollenverständnis als Diagnostiker in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
 - Aufgaben der therapeutischen Diagnostik bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Motivationslage des Rehabilitanden

Material

- Folien (siehe Seiten 64 - 65)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag mit Diskussion, ggf. Diskussion in Kleingruppen

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkung

In Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Teilnehmenden kann diesem Thema auch mehr Zeit eingeräumt werden. Gegebenenfalls muss dann das LZ 2.4 zum Thema Beschwerdvalidierung gekürzt werden.

Rolle der Therapeuten und Ärzte

therapeutische Funktionen:

- Vermitteln von Informationen zum Krankheitsbild
- Entwicklung eines gemeinsamen Ursachenmodells
- Darstellen der therapeutischen Möglichkeiten
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Klärung, welche Verantwortung beim Arzt/Therapeuten liegt und welche beim Rehabilitanden
- Planung von Interventionen, entsprechende Motivationsförderung und Beeinflussung des Rehabilitandenverhaltens

diagnostische Funktionen:

- Sammeln von wichtigen krankheitsbezogenen und psychosozialen Informationen
- Erfassen der Erlebniswelt des Rehabilitanden

Unterschiedliche Schwerpunkte

- Helfer und Berater im „Kampf“ gegen die Krankheit
- „Partei“ auf Seiten des Rehabilitanden
- impliziter Behandlungsvertrag mit Schweigepflicht

- Neutralität als Diagnostiker
- Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft der Beitragszahler
- kein Behandlungsvertrag, keine Schweigepflicht im Hinblick auf die Leistungsbeurteilung

- gemeinsame Grundlage: Professionalität und Empathie!

Herausforderungen

- Reflexion des eigenen Rollenverständnisses:
Klärung, ob man eher zu einer betrachtend/beobachtenden Begutachtung neigt oder ob man sich auf eine interaktionelle Vorgehensweise einlassen kann
 - emotionale Abgrenzungsfähigkeit:
möglichst neutrale und wohlwollende Haltung einnehmen
 - gute Kommunikationsfähigkeiten
 - Selbsterfahrung und soziale Kompetenzen, um eine kooperative Haltung des Rehabilitanden zu erreichen.
- ➔ Die Aufgabe liegt darin, das eigene Verhalten und die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Rehabilitand sich auf die Beziehung einlassen kann und seine Problematik darlegen kann

Kleingruppenarbeit

Aufgabe

- Gibt es Rollenkonflikte?
Wie erleben Sie diese?
- Wie gehen Sie persönlich damit um? Gibt es Regelungen in Ihrer Reha-Einrichtungen zum Umgang mit solchen Situationen?
- Wählen Sie eine konkrete Situation aus Ihrem Alltag aus und führen Sie ggf. ein kurzes Rollenspiel vor.



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

2.3 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Lehrziel

Die Teilnehmenden können das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur individuellen Darstellung und Beschreibung eines Rehabilitanden anwenden.

Begründung

Die ICF fördert mit der Verwendung des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit die Einbeziehung der individuellen Kontextfaktoren in den Prozess der Rehabilitation und auch in die sozialmedizinische Beurteilung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen lernen die Teilnehmenden die individuelle Fähigkeitsbeschreibung für Rehabilitanden unter Anwendung des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit kennen. Diese bildet eine Grundlage für die Erstellung des fachspezifischen Befundes zum Ende der Rehabilitation. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- biopsychosoziales Modell der ICF
 - Körperfunktionen und –strukturen
 - Aktivität und Partizipation
 - Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren
- Erstellung von Fähigkeitsbeschreibungen mit dem biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit
 - Förderfaktoren, Barrieren

Material

- Folien (siehe Seiten 68 - 70)
- Handout Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Seite 70)
- Handout des biopsychosozialen Modells der ICF (siehe Seite 71)
- Fallvignetten
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF
- Metaplankarten, Stifte

Hinweise zur Durchführung

Kurzvortrag (15 Minuten), Kleingruppenarbeit, Diskussion, Moderation

Nach einer kurzen thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 – 6 Personen eingeteilt. Jede Kleingruppe erhält Vorgaben für das sozialmedizinische Leistungsvermögen und eine Metaplanwand mit den vorberei-

teten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF zur Bearbeitung. Die Teilnehmenden diskutieren, welche Informationen zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von der Berufsgruppe der Bewegungstherapie beigetragen werden können und bei welchen Berufsgruppen sie fehlende bzw. zusätzliche Informationen eruieren können. Die gesammelten Punkte ordnen die Kleingruppen den Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF an der Metaplanwand zu. Dafür erhalten die Teilnehmenden 45 Minuten Zeit. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe dem Plenum sein Fallbeispiel vor, und erläutert Schwierigkeiten und Fragestellungen, die bei der Bearbeitung der Aufgabe entstanden sind. Diese werden gemeinsam und lösungsorientiert diskutiert (60 Minuten). Hier sollte von Seiten der Referenten ein Abgleich mit den im Reha-Entlassungsbericht geforderten Informationen erfolgen.

Zeit circa 120 Minuten

ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

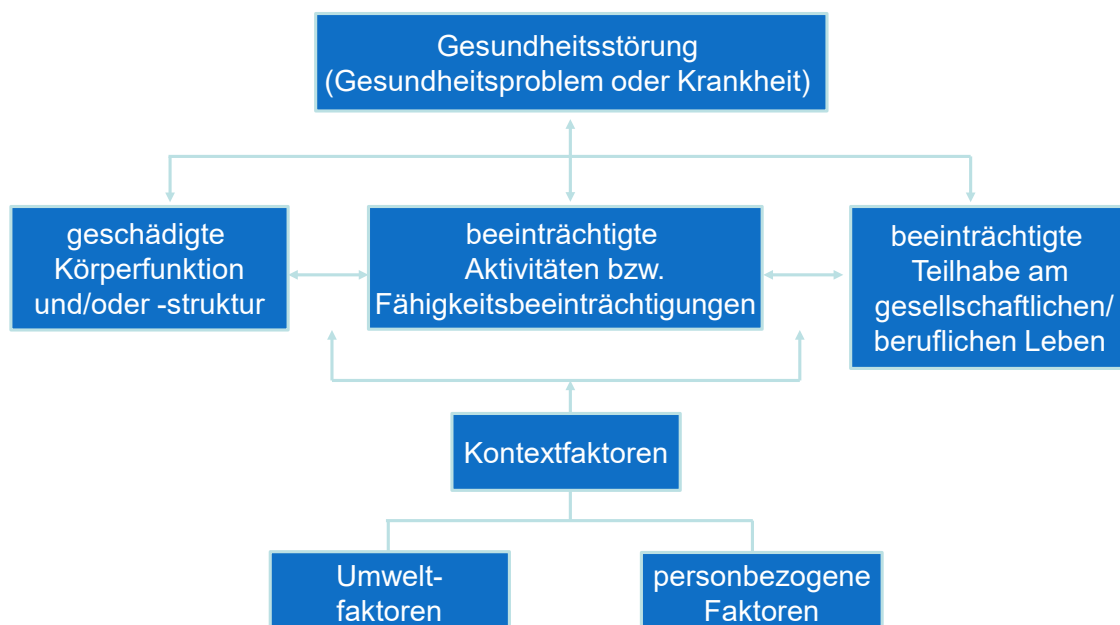


Mit der ICF werden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Beeinträchtigungen der Teilhabe beschrieben. Es handelt sich um ein

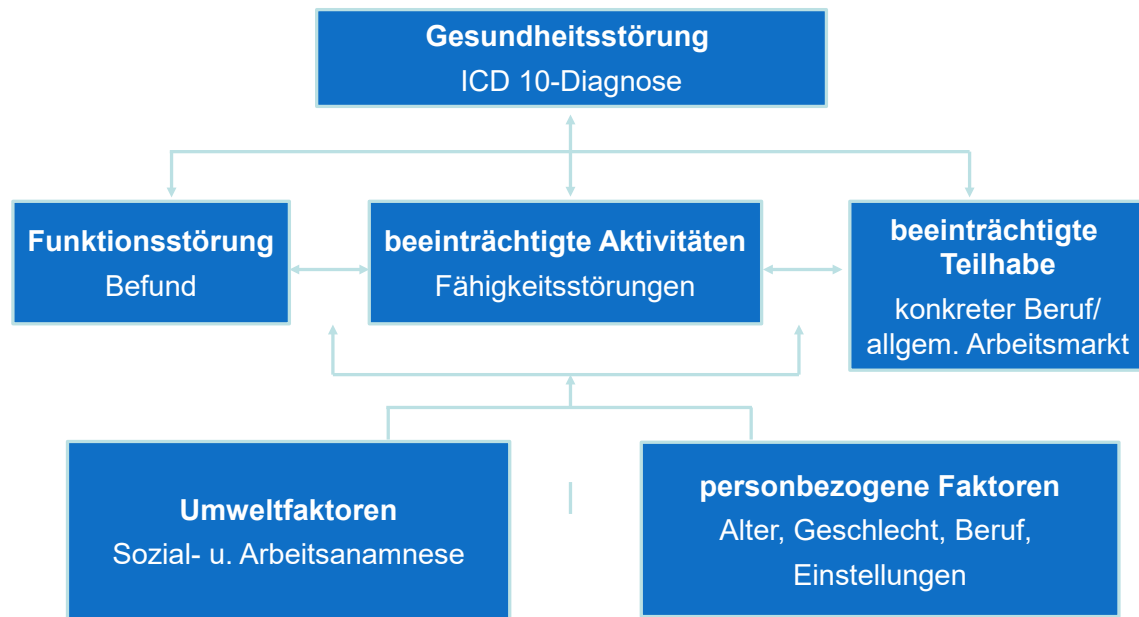
bio-psycho-soziales Modell

zur Betrachtung der Gesundheit, entwickelt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung



Beispiel für Barrieren bei den Kontextfaktoren



Beispiel für Ressourcen bei den Kontextfaktoren



Kleingruppenarbeit (45 Minuten)



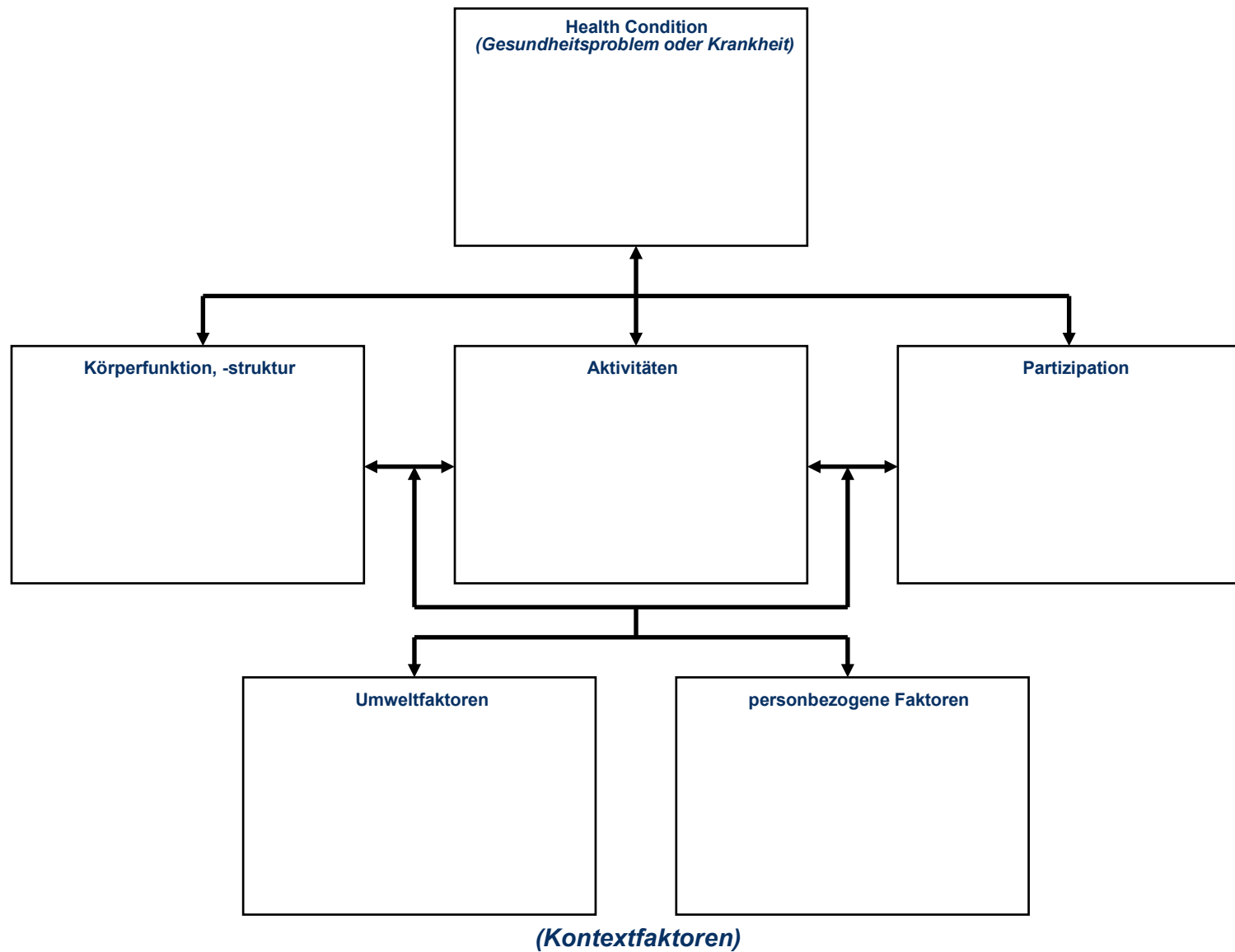
Aufgabe

- Welche Fähigkeits- und Teilhabeeinschränkungen könnte es aus bewegungstherapeutischer Sicht geben?
- Erarbeiten Sie ein Fallbeispiel im biopsychosozialen Modell (ICF) an der Metaplanwand!
- Kennzeichnen Sie Förderfaktoren (+) und Barrieren (-)!
- Stellen Sie Ihren Rehabilitanden anschließend dem Plenum vor!

Fallbeispiel: Leistungsvermögen bei Entlassung...

	letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit	allgemeiner Arbeitsmarkt
Bsp. 1	6 h und mehr	6 h und mehr
Bsp. 2	unter 3 Stunden	6 h und mehr
Bsp. 3	unter 3 Stunden	unter 3 Stunden

Handout: Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit



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

2.4 Beschwerdenvalidierung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Ziele, Inhalte und Umsetzung der Beschwerdenvalidierung im Reha-Team nennen.

Begründung

Eine wichtige Aufgabe bei der Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist die Klärung der Frage, ob und inwieweit die vom Rehabilitanden geklagten Beschwerden und Funktionseinschränkungen tatsächlich bestehen. Der Nachweis negativer und positiver Antwortverzerrungen muss nachvollziehbar und mit möglichst vielen Faktoren bzw. Kriterien begründet sein. Das Wissen zu möglichen Antwortverzerrungen der Rehabilitanden im Klinikalltag und die Möglichkeiten, diese im Reha-Prozess zu validieren, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Thematik und fördern ihre Handlungssicherheit im klinischen Alltag.

Inhalt

- Beschwerdenvalidierung
- negative Antwortverzerrungen
 - Verdeutlichung
 - Aggravation
 - Simulation
- positive Antwortverzerrungen
 - Dissimulation
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit

Material

- Folien (siehe Seiten 74 - 79)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik Beschwerdenvalidierung sollen einbezogen werden. Die Teilnehmenden werden nach eigenen Erfahrungen mit zum Beispiel Rehabilitanden, die aggravieren oder simulieren, befragt.

Wie wird im Rehabilitationsalltag mit solchen Rehabilitanden umgegangen? Werden im Reha-Setting Instrumente und Assessments für die Beschwerdenvalidierung genutzt?

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkungen

Es sollten nur kurz die Begrifflichkeiten der gutachterlichen Beschwerdenuvalidierung erläutert werden, damit diese auch den Bewegungstherapeuten bekannt sind. Der Schwerpunkt der Darstellung und Diskussion sollte in der Validierung der Beschwerden im Reha-Prozess liegen. Von Seiten der Bewegungstherapeuten können hierbei hilfreiche Verhaltensbeobachtungen aus der Fähigkeitsdiagnostik in die Begutachtung eingebracht werden.

Beschwerdenvvalidierung

Definition

- **Überprüfung der Authentizität oder Glaubhaftigkeit**
 - der durch eine Person dargestellten Symptome
 - der durch sie geschilderten Beschwerden
 - und
 - der Ergebnisse, die diese Person in einer Leistungsüberprüfung erzielt

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Verdeutlichung

- minder schwere Ausgestaltung oder Überhöhung in der Beschwerdenschilderung oder Symptompräsentation

Aggravation

- zielbestimmte Beschwerdenübertreibung und/oder -ausweitung
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Simulation

- absichtliche, an einem Ziel ausgerichtete Vortäuschung von Symptomen oder fälschliche Schilderung von Beschwerden

Beschwerdenvalidierung

Positive Antwortverzerrungen in der Begutachtung

Dissimulation

- zielbestimmte Beschwerdenuntertreibung und/oder Überspielen von Beschwerden
- impliziert wird dabei, dass im Kern auch zum Begutachtungszeitpunkt authentische Beschwerden vorhanden sind

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

- sind häufig auf der Beobachtungsebene nicht zu klären
- wenn die Klärung offen bleibt, sind verschiedene Hypothesen gleichberechtigt zu diskutieren
- sollten unter Bezug auf die objektiven Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung im Gutachten ausdrücklich dargestellt werden, um nicht den Eindruck von Entscheidungssicherheit zu vermitteln, wenn diese keineswegs vorliegt

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung



Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (1)

- Diskrepanz zwischen **Beschwerdenschilderung** (*einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen*) und **körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung** in der Untersuchungssituation
- wechselhafte und **unpräzis-ausweichende Schilderung** der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und **fremdanamnestischen Informationen** (*einschließlich Aktenlage*)
- fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden

Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung



Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (2)

- Diskrepanz zwischen geschilderten **Funktionsbeeinträchtigungen** und zu eruiierenden **Aktivitäten des täglichen Lebens**
- Fehlen **angemessener Therapiemaßnahmen** und/oder Eigenaktivitäten zur Symptomlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden
- fehlende sachliche Diskussion **möglicher Verweistätigkeiten** bei Begutachtung zur beruflichen Leistungsfähigkeit

Motivationslage des Rehabilitanden

Rehabilitand im Dilemma

1. Er möchte, dass seine tatsächlichen oder vermeintlichen Leistungseinschränkungen gutachterlich anerkannt werden.
2. Es wird von ihm erwartet, dass er in der Untersuchungssituation seine maximale Leistungsfähigkeit schildert und zeigt.

Motivationslage des Rehabilitanden

- **Überwinden der Symptomatik**
 - Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, gesellschaftlicher Abstieg

oder
- **Verharren in der Krankheit**
 - gesellschaftliche Akzeptanz, soziale Sicherung, Rente

Willentliche Steuerbarkeit

Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z. B. *Beruf, Haushalt*), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z. B. *Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen*)
- trotz Rückzug von aktiven Tätigkeiten - Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z. B. *Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Steuerung des Einkaufsverhaltens der Angehörigen*)

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

1. Gesprächsführung

- wertfreies empathisches Erfragen anamnestischer Angaben
- Details eruieren, Bericht ausbauen lassen
- konsequentes Nachfragen bei Inkonsistenzen

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

2. Verhaltensbeobachtung

- während Exploration, Lehrküche, Testung
- Dauer der Untersuchung und Belastbarkeit über die Zeit
- mehrzeitiges Untersuchen, mehrere Untersucher

Differentialdiagnose

Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

3. weitere Möglichkeiten

- Symptomtagebuch
- Fremdanamnese
- testpsychologische Untersuchungen
- Symptomvalidierungstests
- ICF-Fragenkatalog
- Bestimmung von Medikamentenspiegeln

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

2.5 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3

Lehrziel

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

Begründung

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

Inhalt

- Sammeln der wichtigsten Inhalte aus Sicht der Teilnehmenden
- zusammenfassende Darstellung der Ziele und der Seminarinhalte des Moduls 2
- Ausblick auf das Modul 3
 - Fallarbeit
 - Erstellung eines berufsgruppenspezifischen Befundes
 - Kommunikation des berufsgruppenspezifischen Befundes im Reha-Team
 - Erstellung einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team
 - Umsetzung einer multidisziplinären sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsalltag

Material

- Folien (siehe Seite 81)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf Inhalte des Moduls 3

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

Die Teilnahmebescheinigungen und Feedbackbögen werden verteilt.

Zeit circa 30 Minuten

Kliniktransfer

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

Termine und Inhalte

Termine

xxx

Inhalte

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

Impressum

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Abteilung Rehabilitation

Dezernat 8023

Postanschrift: 10704 Berlin

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

Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

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

3. Auflage 08/2022



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund