

Modul 2c

Ergotherapeutische 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, Marion Kalwa
Deutsche Rentenversicherung Bund
Anja Niehaus
Johanniter Ordenshäuser Bad Oeynhausen

Autoren 2017: Antje Hoppe, Claus Derra, Marion Kalwa
Deutsche Rentenversicherung Bund
Anja Niehaus
Johanniter Ordenshäuser Bad Oeynhausen

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

Modul 2c: „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2C „ERGOTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
SEMINAREINHEIT 2	41

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,
- **Zeitumfang** 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 Jahre 2020 neu aufgelegt und im Jahr 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.

2022 wurden u. a. Literaturempfehlungen aktualisiert und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zu den personbezogenen Faktoren der ICF aufgenommen.

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 2b. Bewegungstherapeutische 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 2c „ERGOTHERAPEUTISCHE BEITRÄGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“.....	9
SEMINAREINHEIT 1.....	11
1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2	13
1.2 Ergotherapeutischer Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht.....	15
1.3 Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht	17
1.4 Formulierung eines ergotherapeutischen Befundes.....	26
1.5 Ergotherapeutische Assessments zur Leistungsbeurteilung	34
SEMINAREINHEIT 2.....	41
2.1 Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).....	43
2.2 Rollenverständnis	50
2.3 Beschwerdenuvalidierung	54
2.4 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3.....	62

Einführung in das Modul 2c „Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“

Das Modul 2 „Fachspezifische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ des Curriculums „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“ wird als berufsgruppenspezifische Fortbildungsveranstaltung angeboten. In diesem Manual werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung und deren Umsetzung für die Berufsgruppe der Ergotherapeuten dargestellt. Die Zielgruppe sind Ergotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind und die an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel ist es, dass die Ergotherapeuten Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufs- und fachspezifischen Perspektive bearbeiten. Die Teilnehmenden erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden im ergotherapeutischen Befund, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Weiterer Inhalt ist der fachliche Austausch zu ergotherapeutischen diagnostischen Instrumenten und Assessments für die Erhebung von (Leistungs-) Fähigkeitsbeschreibungen von Rehabilitanden und die Beschwerdenuvalidierung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen erarbeiten die Teilnehmenden Inhalte und Formulierungen eines fachspezifischen ergotherapeutischen 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 Ergotherapeuten 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 in 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. In Modul 2 werden Fallvignetten 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 ergotherapeutischer 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 2c: Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalte des Moduls 2
- Ergotherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht
- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
- Erstellung eines ergotherapeutischen Befundes
- Instrumente/Assessments zur Leistungsbeurteilung

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Ergotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

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

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipcharts (auch für die Kleingruppenarbeit in LZ 1.4 und LZ 1.5)
- Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls

Handouts

- Ablaufplan der Veranstaltung
- Handzettel der Präsentationen (2 Folien pro Seite) oder das Manual des Moduls 2c
- Leitfäden
 - Anforderungen an die Dokumentation
 - Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Ergotherapie
- Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der ergotherapeutischen Intervention
- Aufgabenstellung für Kleingruppenarbeit (LZ 1.4 und LZ 1.5)

- Unterschriftenliste, inklusive Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der ersten Seminareinheit haben die Teilnehmenden ihre Kenntnisse zum ergotherapeutischen Beitrag zum Reha-Entlassungsbericht vertieft. Die Teilnehmenden können einen fachspezifischen Befund erstellen und 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 verwendete valide Verfahren in der Ergotherapie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Rehabilitanden.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan der Veranstaltung 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 der Teilnehmenden 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 Seminarteilnehmenden. Eine Datenschutzerklärung sollte beigefügt werden.

Von den Arbeitsergebnissen der Kleingruppen wird ein Fotoprotokoll erstellt. Dieses kann den Teilnehmenden im Anschluss an das Seminar per E-Mail zur Verfügung gestellt werden.

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

1.1 Aufbau und Ziele des Moduls 2

Lehrziel

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

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminars „Ergotherapeutische 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 Modul 2
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen im Reha-Alltag:
 - Änderungen im ergotherapeutischen Befund vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten? Nehmen Sie mehr sozialmedizinische Aspekte wahr?
 - 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, Mitschrift: 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. Es steht im Vordergrund, die Teilnehmenden mit ihren Fragestellungen und Bedürfnissen abzuholen und Erwartungen mit den Inhalten des Seminars abzustimmen.

Übersicht Modul 2c

1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Rückblick auf Modul 1, Erwartungen an Modul 2
- ergotherapeutischer Beitrag im Reha-Entlassungsbericht
- Anforderungen an den Reha-Entlassungsbericht
- ergotherapeutischer Befund - Fallarbeit
- ergotherapeutische Assessments

2. Tag: 08:00 – 12:30 Uhr

- biopsychosoziales Modell der ICF - Fallarbeit
- Austausch zum Rollenverständnis
- Beschwerdvalidierung
- Zusammenfassung und Ausblick auf Modul 3

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

1.2 Ergotherapeutischer 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 ergotherapeutischen 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 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 Ergotherapie gefunden?
 - An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht gehören die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Ergotherapie aufgeführt?
 - Was würden Sie gern zum 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 Ergotherapeuten 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 Reha-Entlassungsberichten aus Ihrer Klinik

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

An welcher Stelle im Reha-Entlassungsbericht sollten die Therapieverläufe und Therapieergebnisse der Ergotherapie aufgeführt werden?

Was würden Sie gern zum Reha-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 ergotherapeutischen 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 ergotherapeutischen Diagnostik und Therapie. Die Vermittlung der Inhalte der Ergotherapie im Reha-Entlassungsbericht unter der Perspektive der ICF soll die einheitliche Verwendung, die Einbindung in das interprofessionelle Team und das eindeutige Verständnis der Teilnehmenden unterstützen.

Inhalt

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

Material

- Folien (siehe Seiten 18 - 25)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

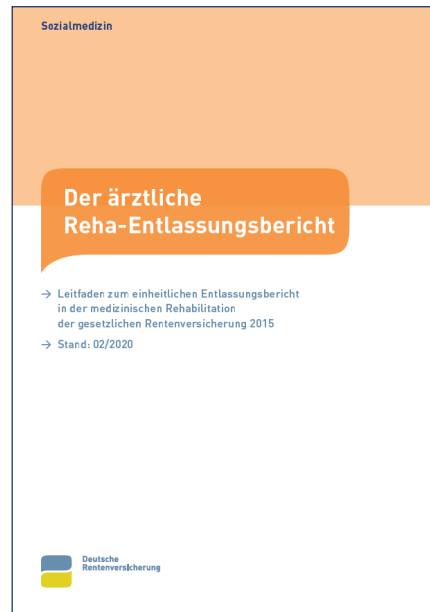
Zeit circa 30 Minuten

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



Reha-Entlassungsbericht Blatt 2 ff.

Gliederung

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

1. Anamnese

- 1.1 jetzige Beschwerden
(z. B. *kognitive Einschränkungen, Einschränkungen der Feinmotorik/Handfunktion, Probleme mit dem Sprechen*)
- 1.2 bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen
- 1.3 weitere reha-relevante Erkrankungen
- 1.4 biographische Anamnese
- 1.5 vegetative Anamnese (z. B. *Schlafstörungen*)

2. Sozialmedizinische Anamnese

- 2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren
- 2.3 Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

2.2 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Kontextfaktoren, die fallbezogen eine positive oder negative Auswirkung haben:

- soziale Situation (*soziale Unterstützung, Freundeskreis, Belastungen im sozialen Umfeld*)
- Freizeitverhalten
- Risikoverhalten (z. B. *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
(*subjektive Sicht des Rehabilitanden berücksichtigen*)

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
(*Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Lesen und Schreiben*)
- Beeinträchtigung bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen
(*Tagesablauf gestalten, Stressbewältigung, Übernahme von Einzel- oder Mehrfachaufgaben u. a.*)



Beispiele für Teilhabeeinschränkungen

- Beeinträchtigung der Bewältigung des **häuslichen Lebens** (*Einkauf, 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 (z. B. *Ausdauer, häusliche Selbstversorgung, (fein-)motorische Fähigkeiten*)

4. Reha-Prozess und –Ergebnis

4.1 individuelle Reha-Ziele

(z. B. Jacke zuknöpfen können, Treppen über 2 Etagen bewältigen, arbeitsplatzbezogene Ziele)

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 Therapiezieles

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!



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1

Versichertendaten

Aufnahme- und Entlassungsdatum

Diagnosen, ICD-Schlüssel, Diagnosen-Sicherheit

Empfehlungen an weiterbehandelnde Ärzte/Psychologen

Empfehlungen an Rentenversicherung

RV-Träger: DRV **Deutsche Rentenversicherung** **BL 1**

Ärztlicher Entlassungsbericht

Personen (Patient (Name, Vorname))

Geburtsdatum

Parafachkommissionierung

Arzt (Name, Vorname, Matrikel-Nr. oder VNI-Nr.)

Einrichtung

Aufnahmedatum

Entlassungsdatum

Art der Durchführung

Beurteilung

Diagnosen

1. ICD-10-GM

2. ICD-10-GM

3. ICD-10-GM

4. ICD-10-GM

5. ICD-10-GM

6. ICD-10-GM

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschärfung

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen

Rechtsmedizin

Erklärungen und sonstige Empfehlungen:

Unterschiedlich

Die Unterschriften haben Gültigkeit für Blatt 1 bis 3

Letzte Seite / Letzte Seite

Arzt / Arzt

Arzt / Arzt

Besondere Behandlungsform

Behandlungsergebnis

Entlassungsform

Arbeitsfähigkeit/ AU-Zeiten

Empfehlungen an Patienten



Reha-Entlassungsbericht Blatt 1a

Qualitative Leistungsbeurteilung – positives Leistungsvermögen

Qualitative Leistungsbeurteilung – negatives Leistungsvermögen

Ärztlicher Entlassungsbericht **Deutsche Rentenversicherung** **BL 1a - 1**

Personen (Patient (Name, Vorname))

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Angaben auf Blatt 2, Zeile 3.2.4)

Dauer der Tätigkeit (in Stunden pro Woche)

Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)

Positives Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsfähigkeit

Arbeitshaltung im Stehen

Arbeitsorganisation

2. Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß) müssen differenziert unter Absatz beschrieben werden

Psychomotorische Funktionen

Sinnesfunktionen

Bewegungsbezogene Funktionen

kardio-pulmonale Funktionen

relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

sonstige

3. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Quantitative Leistungsbeurteilung – letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

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

	KT - 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.			

Erklärungen:

Erklärung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten:
 a = 5 Min. b = 10 Min. c = 15 Min. d = 20 Min. e = 25 Min. f = 30 Min. g = 35 Min. h = 40 Min. i = 45 Min. j = 50 Min. k = 55 Min. l = 60 Min. m = 65 Min. n = 70 Min. o = 75 Min. p = 80 Min. q = 85 Min. r = 90 Min. s = 95 Min. t = 100 Min. u = 105 Min. v = 110 Min. w = 115 Min. x = 120 Min. y = 125 Min. z = 130 Min. aa = 135 Min. ab = 140 Min. ac = 145 Min. ad = 150 Min. ae = 155 Min. af = 160 Min. ag = 165 Min. ah = 170 Min. ai = 175 Min. aj = 180 Min. ak = 185 Min. al = 190 Min. am = 195 Min. an = 200 Min. ao = 205 Min. ap = 210 Min. aq = 215 Min. ar = 220 Min. as = 225 Min. at = 230 Min. au = 235 Min. av = 240 Min. aw = 245 Min. ax = 250 Min. ay = 255 Min. az = 260 Min. ba = 265 Min. bb = 270 Min. bc = 275 Min. bd = 280 Min. be = 285 Min. bf = 290 Min. bg = 295 Min. bh = 300 Min. bi = 305 Min. bj = 310 Min. bk = 315 Min. bl = 320 Min. bm = 325 Min. bn = 330 Min. bo = 335 Min. bp = 340 Min. bq = 345 Min. br = 350 Min. bs = 355 Min. bt = 360 Min. bu = 365 Min. bv = 370 Min. bw = 375 Min. bx = 380 Min. by = 385 Min. bz = 390 Min. ca = 395 Min. cb = 400 Min. cc = 405 Min. cd = 410 Min. ce = 415 Min. cf = 420 Min. cg = 425 Min. ch = 430 Min. ci = 435 Min. cj = 440 Min. ck = 445 Min. cl = 450 Min. cm = 455 Min. cn = 460 Min. co = 465 Min. cp = 470 Min. cq = 475 Min. cr = 480 Min. cs = 485 Min. ct = 490 Min. cu = 495 Min. cv = 500 Min. cw = 505 Min. cx = 510 Min. cy = 515 Min. cz = 520 Min. da = 525 Min. db = 530 Min. dc = 535 Min. dd = 540 Min. de = 545 Min. df = 550 Min. dg = 555 Min. dh = 560 Min. di = 565 Min. dj = 570 Min. dk = 575 Min. dl = 580 Min. dm = 585 Min. dn = 590 Min. do = 595 Min. dp = 600 Min. dq = 605 Min. dr = 610 Min. ds = 615 Min. dt = 620 Min. du = 625 Min. dv = 630 Min. dw = 635 Min. dx = 640 Min. dy = 645 Min. dz = 650 Min. ea = 655 Min. eb = 660 Min. ec = 665 Min. ed = 670 Min. ee = 675 Min. ef = 680 Min. eg = 685 Min. eh = 690 Min. ei = 695 Min. ej = 700 Min. ek = 705 Min. el = 710 Min. em = 715 Min. en = 720 Min. eo = 725 Min. ep = 730 Min. eq = 735 Min. er = 740 Min. es = 745 Min. et = 750 Min. eu = 755 Min. ev = 760 Min. ew = 765 Min. ex = 770 Min. ey = 775 Min. ez = 780 Min. fa = 785 Min. fb = 790 Min. fc = 795 Min. fd = 800 Min. fe = 805 Min. ff = 810 Min. fg = 815 Min. fh = 820 Min. fi = 825 Min. fj = 830 Min. fk = 835 Min. fl = 840 Min. fm = 845 Min. fn = 850 Min. fo = 855 Min. fp = 860 Min. fq = 865 Min. fr = 870 Min. fs = 875 Min. ft = 880 Min. fu = 885 Min. fv = 890 Min. fw = 895 Min. fx = 900 Min. fy = 905 Min. fz = 910 Min. ga = 915 Min. gb = 920 Min. gc = 925 Min. gd = 930 Min. ge = 935 Min. gf = 940 Min. gg = 945 Min. gh = 950 Min. gi = 955 Min. gj = 960 Min. gk = 965 Min. gl = 970 Min. gm = 975 Min. gn = 980 Min. go = 985 Min. gp = 990 Min. gq = 995 Min. gr = 1000 Min. gs = 1005 Min. gt = 1010 Min. gu = 1015 Min. gv = 1020 Min. gw = 1025 Min. gx = 1030 Min. gy = 1035 Min. gz = 1040 Min. ha = 1045 Min. hb = 1050 Min. hc = 1055 Min. hd = 1060 Min. he = 1065 Min. hf = 1070 Min. hg = 1075 Min. hh = 1080 Min. hi = 1085 Min. hj = 1090 Min. hk = 1095 Min. hl = 1100 Min. hm = 1105 Min. hn = 1110 Min. ho = 1115 Min. hp = 1120 Min. hq = 1125 Min. hr = 1130 Min. hs = 1135 Min. ht = 1140 Min. hu = 1145 Min. hv = 1150 Min. hw = 1155 Min. hx = 1160 Min. hy = 1165 Min. hz = 1170 Min. ia = 1175 Min. ib = 1180 Min. ic = 1185 Min. id = 1190 Min. ie = 1195 Min. if = 1200 Min. ig = 1205 Min. ih = 1210 Min. ii = 1215 Min. ij = 1220 Min. ik = 1225 Min. il = 1230 Min. im = 1235 Min. in = 1240 Min. io = 1245 Min. ip = 1250 Min. iq = 1255 Min. ir = 1260 Min. is = 1265 Min. it = 1270 Min. iu = 1275 Min. iv = 1280 Min. iw = 1285 Min. ix = 1290 Min. iy = 1295 Min. iz = 1300 Min. ja = 1305 Min. jb = 1310 Min. jc = 1315 Min. jd = 1320 Min. je = 1325 Min. jf = 1330 Min. jg = 1335 Min. jh = 1340 Min. ji = 1345 Min. jj = 1350 Min. jk = 1355 Min. jl = 1360 Min. jm = 1365 Min. jn = 1370 Min. jo = 1375 Min. jp = 1380 Min. jq = 1385 Min. jr = 1390 Min. js = 1395 Min. jt = 1400 Min. ju = 1405 Min. jv = 1410 Min. jw = 1415 Min. jx = 1420 Min. jy = 1425 Min. jz = 1430 Min. ka = 1435 Min. kb = 1440 Min. kc = 1445 Min. kd = 1450 Min. ke = 1455 Min. kf = 1460 Min. kg = 1465 Min. kh = 1470 Min. ki = 1475 Min. kj = 1480 Min. kk = 1485 Min. kl = 1490 Min. km = 1495 Min. kn = 1500 Min. ko = 1505 Min. kp = 1510 Min. kq = 1515 Min. kr = 1520 Min. ks = 1525 Min. kt = 1530 Min. ku = 1535 Min. kv = 1540 Min. kw = 1545 Min. kx = 1550 Min. ky = 1555 Min. kz = 1560 Min. la = 1565 Min. lb = 1570 Min. lc = 1575 Min. ld = 1580 Min. le = 1585 Min. lf = 1590 Min. lg = 1595 Min. lh = 1600 Min. li = 1605 Min. lj = 1610 Min. lk = 1615 Min. ll = 1620 Min. lm = 1625 Min. ln = 1630 Min. lo = 1635 Min. lp = 1640 Min. lq = 1645 Min. lr = 1650 Min. ls = 1655 Min. lt = 1660 Min. lu = 1665 Min. lv = 1670 Min. lw = 1675 Min. lx = 1680 Min. ly = 1685 Min. lz = 1690 Min. ma = 1695 Min. mb = 1700 Min. mc = 1705 Min. md = 1710 Min. me = 1715 Min. mf = 1720 Min. mg = 1725 Min. mh = 1730 Min. mi = 1735 Min. mj = 1740 Min. mk = 1745 Min. ml = 1750 Min. mn = 1755 Min. mo = 1760 Min. mp = 1765 Min. mq = 1770 Min. mr = 1775 Min. ms = 1780 Min. mt = 1785 Min. mu = 1790 Min. mv = 1795 Min. mw = 1800 Min. mx = 1805 Min. my = 1810 Min. mz = 1815 Min. na = 1820 Min. nb = 1825 Min. nc = 1830 Min. nd = 1835 Min. ne = 1840 Min. nf = 1845 Min. ng = 1850 Min. nh = 1855 Min. ni = 1860 Min. nj = 1865 Min. nk = 1870 Min. nl = 1875 Min. nm = 1880 Min. no = 1885 Min. np = 1890 Min. nq = 1895 Min. nr = 1900 Min. ns = 1905 Min. nt = 1910 Min. nu = 1915 Min. nv = 1920 Min. nw = 1925 Min. nx = 1930 Min. ny = 1935 Min. nz = 1940 Min. oa = 1945 Min. ob = 1950 Min. oc = 1955 Min. od = 1960 Min. oe = 1965 Min. of = 1970 Min. og = 1975 Min. oh = 1980 Min. oi = 1985 Min. oj = 1990 Min. ok = 1995 Min. ol = 2000 Min. om = 2005 Min. on = 2010 Min. oo = 2015 Min. op = 2020 Min. oq = 2025 Min. or = 2030 Min. os = 2035 Min. ot = 2040 Min. ou = 2045 Min. ov = 2050 Min. ow = 2055 Min. ox = 2060 Min. oy = 2065 Min. oz = 2070 Min. pa = 2075 Min. pb = 2080 Min. pc = 2085 Min. pd = 2090 Min. pe = 2095 Min. pf = 2100 Min. pg = 2105 Min. ph = 2110 Min. pi = 2115 Min. pj = 2120 Min. pk = 2125 Min. pl = 2130 Min. pm = 2135 Min. pn = 2140 Min. po = 2145 Min. pp = 2150 Min. pq = 2155 Min. pr = 2160 Min. ps = 2165 Min. pt = 2170 Min. pu = 2175 Min. pv = 2180 Min. pw = 2185 Min. px = 2190 Min. py = 2195 Min. pz = 2200 Min. qa = 2205 Min. qb = 2210 Min. qc = 2215 Min. qd = 2220 Min. qe = 2225 Min. qf = 2230 Min. qg = 2235 Min. qh = 2240 Min. qi = 2245 Min. qj = 2250 Min. qk = 2255 Min. ql = 2260 Min. qm = 2265 Min. qn = 2270 Min. qo = 2275 Min. qp = 2280 Min. qq = 2285 Min. qr = 2290 Min. qs = 2295 Min. qt = 2300 Min. qu = 2305 Min. qv = 2310 Min. qw = 2315 Min. qx = 2320 Min. qy = 2325 Min. qz = 2330 Min. ra = 2335 Min. rb = 2340 Min. rc = 2345 Min. rd = 2350 Min. re = 2355 Min. rf = 2360 Min. rg = 2365 Min. rh = 2370 Min. ri = 2375 Min. rj = 2380 Min. rk = 2385 Min. rl = 2390 Min. rm = 2395 Min. rn = 2400 Min. ro = 2405 Min. rp = 2410 Min. rq = 2415 Min. rr = 2420 Min. rs = 2425 Min. rt = 2430 Min. ru = 2435 Min. rv = 2440 Min. rw = 2445 Min. rx = 2450 Min. ry = 2455 Min. rz = 2460 Min. sa = 2465 Min. sb = 2470 Min. sc = 2475 Min. sd = 2480 Min. se = 2485 Min. sf = 2490 Min. sg = 2495 Min. sh = 2500 Min. si = 2505 Min. sj = 2510 Min. sk = 2515 Min. sl = 2520 Min. sm = 2525 Min. sn = 2530 Min. so = 2535 Min. sp = 2540 Min. sq = 2545 Min. sr = 2550 Min. ss = 2555 Min. st = 2560 Min. su = 2565 Min. sv = 2570 Min. sw = 2575 Min. sx = 2580 Min. sy = 2585 Min. sz = 2590 Min. ta = 2595 Min. tb = 2600 Min. tc = 2605 Min. td = 2610 Min. te = 2615 Min. tf = 2620 Min. tg = 2625 Min. th = 2630 Min. ti = 2635 Min. tj = 2640 Min. tk = 2645 Min. tl = 2650 Min. tm = 2655 Min. tn = 2660 Min. to = 2665 Min. tp = 2670 Min. tq = 2675 Min. tr = 2680 Min. ts = 2685 Min. tt = 2690 Min. tu = 2695 Min. tv = 2700 Min. tw = 2705 Min. tx = 2710 Min. ty = 2715 Min. tz = 2720 Min. ua = 2725 Min. ub = 2730 Min. uc = 2735 Min. ud = 2740 Min. ue = 2745 Min. uf = 2750 Min. ug = 2755 Min. uh = 2760 Min. ui = 2765 Min. uj = 2770 Min. uk = 2775 Min. ul = 2780 Min. um = 2785 Min. un = 2790 Min. uo = 2795 Min. up = 2800 Min. uq = 2805 Min. ur = 2810 Min. us = 2815 Min. ut = 2820 Min. uu = 2825 Min. uv = 2830 Min. uw = 2835 Min. ux = 2840 Min. uy = 2845 Min. uz = 2850 Min. va = 2855 Min. vb = 2860 Min. vc = 2865 Min. vd = 2870 Min. ve = 2875 Min. vf = 2880 Min. vg = 2885 Min. vh = 2890 Min. vi = 2895 Min. vj = 2900 Min. vk = 2905 Min. vl = 2910 Min. vm = 2915 Min. vn = 2920 Min. vo = 2925 Min. vp = 2930 Min. vq = 2935 Min. vr = 2940 Min. vs = 2945 Min. vt = 2950 Min. vu = 2955 Min. vv = 2960 Min. vw = 2965 Min. vx = 2970 Min. vy = 2975 Min. vz = 2980 Min. wa = 2985 Min. wb = 2990 Min. wc = 2995 Min. wd = 3000 Min. we = 3005 Min. wf = 3010 Min. wg = 3015 Min. wh = 3020 Min. wi = 3025 Min. wj = 3030 Min. wk = 3035 Min. wl = 3040 Min. wm = 3045 Min. wn = 3050 Min. wo = 3055 Min. wp = 3060 Min. wq = 3065 Min. wr = 3070 Min. ws = 3075 Min. wt = 3080 Min. wu = 3085 Min. wv = 3090 Min. ww = 3095 Min. wx = 3100 Min. wy = 3105 Min. wz = 3110 Min. xa = 3115 Min. xb = 3120 Min. xc = 3125 Min. xd = 3130 Min. xe = 3135 Min. xf = 3140 Min. xg = 3145 Min. xh = 3150 Min. xi = 3155 Min. xj = 3160 Min. xk = 3165 Min. xl = 3170 Min. xm = 3175 Min. xn = 3180 Min. xo = 3185 Min. xp = 3190 Min. xq = 3195 Min. xr = 3200 Min. xs = 3205 Min. xt = 3210 Min. xu = 3215 Min. xv = 3220 Min. xw = 3225 Min. xx = 3230 Min. xy = 3235 Min. xz = 3240 Min. ya = 3245 Min. yb = 3250 Min. yc = 3255 Min. yd = 3260 Min. ye = 3265 Min. yf = 3270 Min. yg = 3275 Min. yh = 3280 Min. yi = 3285 Min. yj = 3290 Min. yk = 3295 Min. yl = 3300 Min. ym = 3305 Min. yn = 3310 Min. yo = 3315 Min. yp = 3320 Min. yq = 3325 Min. yr = 3330 Min. ys = 3335 Min. yt = 3340 Min. yu = 3345 Min. yv = 3350 Min. yw = 3355 Min. yx = 3360 Min. yy = 3365 Min. yz = 3370 Min. za = 3375 Min. zb = 3380 Min. zc = 3385 Min. zd = 3390 Min. ze = 3395 Min. zf = 3400 Min. zg = 3405 Min. zh = 3410 Min. zi = 3415 Min. zj = 3420 Min. zk = 3425 Min. zl = 3430 Min. zm = 3435 Min. zn = 3440 Min. zo = 3445 Min. zp = 3450 Min. zq = 3455 Min. zr = 3460 Min. zs = 3465 Min. zt = 3470 Min. zu = 3475 Min. zv = 3480 Min. zw = 3485 Min. zx = 3490 Min. zy = 3495 Min. zz = 3500

Version 02

0 2

Leistungsdaten:
durchgeführte
therapeutische
Leistungen

KT - Code

Dauer

Anzahl

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

1.4 Formulierung eines ergotherapeutischen Befundes

Lehrziel

Die Teilnehmenden formulieren einen ergotherapeutischen Befund mit einem ressourcenorientierten Ansatz.

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, ihre praktischen Fähigkeiten bei der ergotherapeutischen 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 ergotherapeutische Dokumentation und die Erstellung von ergotherapeutischen Berichten (Handout, Literaturempfehlungen siehe unter Anmerkung)
- Erarbeitung von Fallbeispielen
 - Formulierung ergotherapeutischer Befunde
- Austausch über die Aussagekraft der Formulierungen

Material

- Handouts:
 - Anforderungen an die ergotherapeutische Dokumentation - „Kleiner Leitfaden“ (siehe Seite 29 - 30)
 - Hinweise zur Erstellung von Abschlussberichten/Zusammenfassungen für die Ergotherapie (siehe Seite 31)
 - Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Folien Seite 32 – 33)
- Folie (siehe Seite 28)
- Flipchart-Blätter für Kleingruppen

Hinweise zur Durchführung

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

Nach einer thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt. Die Teilnehmenden erhalten zur Erstellung des ergothe-

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

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Literaturempfehlungen:

Köser, P. (2021). Hilfen zur Befunderhebung /Arbeitsdiagnostik. Edition Vita Activa - Ergotherapeutische Arbeitshilfen. Idstein: Schulz-Kirchner.6. Auflage.

Strebel, H., Merklein de Freitas C., Kranz, F. (2022). Assessments in der Ergotherapie. Die (Re-)Evaluation klienten- und betätigungsbasiert gestalten, Göttingen: Hogrefe.

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (Hrsg.). Ergonomie-Ratgeber und weitere Broschüren der AGR Heilmittel-Richtlinie PLUS, (DVE), 1. Auflage 2021 / Stand 02/2022

Assesment-Datenbank des Deutschen Verbands Ergotherapie e.V:
www.dve.info

Literatur

- Köser, P. (2021). Hilfen zur Befunderhebung /Arbeitsdiagnostik. Edition Vita Activa - Ergotherapeutische Arbeitshilfen. Idstein: Schulz-Kirchner.6. Auflage.
- Strebel, H., Merklein de Freitas C., Kranz, F. (2022). Assessments in der Ergotherapie. Die (Re-)Evaluation klienten- und betätigungsbasiert gestalten, Göttingen: Hogrefe.
- Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (Hrsg.). Ergonomie-Ratgeber und weitere Broschüren der AGR Heilmittel-Richtlinie PLUS, (DVE), 1. Auflage 2021 / Stand 02/2022
- Assesement-Datenbank des Deutschen Verbands Ergotherapie e.V: www.dve.info

Handout: Anforderungen an die ergotherapeutische 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- und medizinische Dokumentation gilt als Durchführungsnachweis und sichert zudem die Behandlungskontinuität durch übersichtliche Verlaufsdarstellungen/Aufgabenzuweisungen.

- 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 Aufzeichnungen sind für alle beteiligten Berufsgruppen ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehbar. „Doppeldokumentationen“ sind zu vermeiden.
- Die 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) wird verwiesen.
- Aussagen der Patienten/Angehörigen als Zitat dokumentieren.
- Notwenige 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 sollte erfolgen.
- Das Handlungsziel (REHA -Ziel) mit Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten/Klienten 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 therapeutisch/pflegerischen 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 im unmittelbaren 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 Ergotherapie

Wichtig:

- Festlegung der Berichtsform: Der Bericht ist immer in der **Vergangenheitsform** zu erstellen.
- Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz, wie beispielsweise „In der Ergotherapie wurde...“
- Namen der Rehabilitanden bitte grundsätzlich nicht erwähnen, z. B. „der Patient“
- keine Schrägstriche (/), Sonderzeichen und fachspezifischen Abkürzungen verwenden
- einen beschreibenden Fließtext formulieren
- individuelle Aussagen nur zum jeweiligen/eigenen Fachbereich treffen: Sachliche Informationen über den aktuellen Status, den der Rehabilitand zeigt.
- Das Fazit als grundsätzlich alltagsorientierter Bezug (Grad/Umfang der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Selbstversorgung ADL und IADL) beschreiben.
- Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen werden vom ärztlichen Dienst getroffen.

Irrelevante Informationen (ergotherapiespezifische Informationen: wie mobilisierende Techniken/Tonusverhältnisse der scapulaumgebenden Muskulatur oder welche Medien zur Verbesserung der räumlich konstruktiven Leistungen eingesetzt wurden) sollen nicht aufgeführt werden.

- eher Sätze wie „Bei basalen/aktiven Verrichtungen der Selbstversorgung...“
- Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Therapie nur in der Verlaufsdokumentation ausformulieren.
- keine therapiespezifischen Eigennamen nutzen
- Ausführliche ergotherapeutisch detaillierte Befunde (ergotherapeutische Assessments etc.) sind nur für die Informationsweitergabe im ergotherapeutischen Team, zur Darstellung der ergotherapeutischen Arbeitsweise und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im Team vorgesehen.

Skalen und Scores:

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

Archivierung der Dokumentationen soll entsprechend der internen Vorgaben (Dokumentenmanagement) umgesetzt werden.

Kleingruppenarbeit (30 Minuten)



- Erstellen Sie bitte einen Befundbericht.
- Erarbeiten Sie die Teile, die zum Reha-Entlassungsbericht aus Sicht der Ergotherapie beigetragen werden.
- Nehmen Sie die Gliederung des Reha-Entlassungsberichts als Rahmen:
 - Anamnese
 - Sozialmedizinische Anamnese
 - Aufnahmebefund, Diagnostik während der Rehabilitation
 - Reha-Prozess und –Ergebnis
 - 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

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

1.5 Ergotherapeutische Assessments zur Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können ergotherapeutische Assessments zur Leistungsbeurteilung nennen und deren Einsatz begründen.

Begründung

Voraussetzung für die Erstellung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplans 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.

Inhalt

- Screeningverfahren, Assessments (Profilvergleichsverfahren), Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente (Fragebogen), Interviewverfahren, Funktionstests, apparative Systeme, Scores (Beispiele siehe Handout)
 - Vor- und Nachteile?
 - Umsetzungsmöglichkeiten im Klinikalltag?
 - Gütekriterien?
 - Wirtschaftlichkeit?
- Assessments für Fallbeispiele aus LZ1.4

Material

- Folien (siehe Seite 36)
- Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten im Rahmen der ergotherapeutischen Intervention (siehe Seite 37 – 40)
- Handout: Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Seite 36)
- Flipchart-Blätter der Kleingruppen aus LZ 1.4

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit (20 Minuten), Moderation der Diskussion und Ergänzung der Beiträge (40 Minuten)

Hier sollen die bereits erarbeiteten Fallbeispiele aus dem LZ 1.4 als Arbeits- und Diskussionsgrundlage verwendet werden. Aufbauend auf der Beschreibung der Funktionen und Fähigkeiten, die einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden haben, sollen jetzt unterstützende Instrumente und Assessments für eine weiterführende Diagnostik, bezogen auf das vorliegende Fallbeispiel, eruiert werden. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der Teilnehmenden mit Instrumenten, die sie im rehabilitativen Alltag anwenden.

Es empfiehlt sich, dass die Teilnehmenden der bestehenden Kleingruppen aus dem LZ 1.4 weiter gemeinsam an ihrem Fallbeispiel arbeiten. Die Instrumente können zum ergotherapeutischen Befund ergänzt und in Bezug auf Praktikabilität im Rehabilitationsalltag sowie Gütekriterien kritisch diskutiert werden. Fehlende Assessments werden vom Referenten ergänzt.

Zum Abschluss werden die Teilnehmenden gefragt, ob sie, neben den bereits auf die Fallbeispiele zugeschnittenen Assessments, in ihrer praktischen Arbeit weitere Instrumente zur Leistungsbeurteilung verwenden.

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 Ergotherapie und im Rehabilitationsalltag, den Befunden der anderen Berufsgruppen und den Selbstangaben der Rehabilitanden, die ergotherapeutischen Assessments und Instrumente lediglich 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.

Diagnostik

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

- die Erstellung eines auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Behandlungsplanes,
 - die Einschätzung, welche Anforderungen der Rehabilitand an seinem konkreten Arbeitsplatz voraussichtlich erfüllen kann
- und
- die Erstellung eines fachspezifischen Befundes am Ende der Reha.

Kleingruppenarbeit (20 Minuten)

Aufgabe



- Welche diagnostischen Instrumente und Assessments können Sie nutzen, um eine weiterführende und vertiefende Diagnostik bei Ihrem Fallbeispiel umzusetzen?
- Welche Instrumente liefern Ihnen Daten, die Sie bei der Erstellung Ihres Befundes unterstützen?

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

Assessment	Kurzinformation
Ergotherapeutisches Assessment (EA)	Das Ergotherapeutische Assessment unterstützt die spezifische ergotherapeutische Diagnostik, Therapieplanung, -dokumentation und -evaluation sowie die Informationsorganisation im interdisziplinären Team. Es ist von Ergotherapeuten (um die Autoren H. Akkad, C. Seume, H. Häußermann und S. Voigt-Radloff) entwickelt und wissenschaftlich auf Testgütekriterien und seine Anwendbarkeit untersucht worden und wird seither laufend weiterentwickelt. Das EA misst alltagsrelevante und am individuellen Umfeld orientierte Aktivitäten oder deren Einschränkungen in den Bereichen: ⇒ Aktivitäten der körperlichen Selbstversorgung ⇒ Aktivitäten der eigenständigen Lebensführung ⇒ alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen ⇒ alltagsrelevante Folgen kognitiver neuropsychologischer Funktionen ⇒ alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen ⇒ arbeitsrelevante Basisleistungen
Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)	Das Verfahren wurde von einer Forschungsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. S. Weinmann (1986) an der Gesamthochschule Siegen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung entwickelt. Das MELBA ist ein Profilvergleichsverfahren (Fähigkeiten-, Anforderungsprofil, Dokumentation) zur beruflichen Rehabilitation und Integration.
Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (Ida)	Das Ida wurde mit Unterstützung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Hauptfürsorgestelle, von einer Arbeitsgruppe unter der Verantwortung von Prof. Dr. S. Weinmann an der Universität Siegen entwickelt und erprobt, um die Schlüsselqualifikationen des Dokumentationsinstrumentes MELBA zu erheben und einzuschätzen.

Motor Activity Log (MAL)	Der MAL erfasst, inwieweit der betroffene Arm funktional im Alltag eingesetzt wird. Dadurch kann abgeschätzt werden, ob der Transfer neuer Bewegungsabläufe in den Alltag des Klienten gelingt.
Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten/Betätigung	
Assessment of Communication & Interaction Skills (ACIS)	Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten Das ACIS ist ein Instrument, das auf der Theorie des Praxismodells MOHO (Model of Human Occupation) basiert.
Rollencheckliste	Die Rollencheckliste wurde 1985 von Oakley, Kielhofner und Barris entwickelt. Sie basiert auf dem Modell der menschlichen Betätigung (MOHO) von Kielhofner und wurde erstellt, um von den Klienten zu erfahren, welche Rollen sie in ihrem Leben einnehmen und welchen Wert sie ihnen zumessen.
Work Environment Impact Scale (WEIS)	Die WEIS ist ein teilstrukturiertes Interview mit einer Ratingskala vor dem Hintergrund des Models of Human Occupation (MOHO). Sie gibt Informationen darüber, inwieweit Faktoren der Arbeitsumgebung auf die Leistungsfähigkeit, die Zufriedenheit sowie das physische, emotionale und soziale Wohlbefinden Einfluss nehmen. Im ersten Schritt werden die Rahmenbedingungen anhand objektiver Faktoren des Arbeitsumfeldes erhoben, die im zweiten Schritt bewertet werden.
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Das COPM ist ein kanadisches Erhebungs- und Ergebnismessinstrument der Betätigungsperformanz. Es basiert auf klientenzentrierter Praxis und steht in Verbindung zum Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) sowie zu der in 2007 erweiterten Form des Modells Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.
Worker Role Interview (WRI)	Das Worker Role Interview basiert auf dem theoretischen Rahmen des Models of Human Occupation (MOHO). Es ist für die Erhebung von psychosozialen Variablen und Umweltvariablen bei verletzten Berufstätigen oder Personen mit Langzeiterkrankung/Behinderung gedacht (Braveman et al. 2007: 9, 12).

Occupational Questionnaire (OQ) Fragebogen zur Betätigung (Beschäftigung)	Der OQ ist eins von inzwischen über 20 Assessments des MOHO von Kielhofner und wurde entwickelt, um den Zusammenhang zwischen dem Subsystem Volition, bestehend aus persönlichen Interessen, Werten und Selbstbild sowie dem Betätigungsverhalten zu messen bzw. zu bewerten.
Osnabrücker Arbeitsfähigkeiten-Profil (O-AFP)	Das O-AFP wurde von K. H. Wiedl und S. Uhlhorn vom Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück unter wesentlicher Mitwirkung der Ergotherapeutinnen des AMEOS Klinikums Osnabrück entwickelt, da bisher im deutschsprachigen Raum kein geeignetes Instrument zur Messung allgemeiner Arbeitsfähigkeiten vorlag. Allgemeine Arbeitsfähigkeiten gelten gemeinhin als bester klinischer Prädiktor der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen. Es erfasst die allgemeinen Arbeitsfähigkeiten, in denen psychisch erkrankte Personen häufig Beeinträchtigungen aufweisen, mittels der drei Skalen „Lernfähigkeit“, „Fähigkeit zur sozialen Kommunikation“ und „Anpassung“.
Evaluation of Social Interaction (ESI)	Das ESI bietet eine betätigungsorientierte, standardisierte und kontextrelevante Einschätzung der sozialen Interaktionsfähigkeit auf der Ebene der Performanzfertigkeiten. Im Zusammenhang mit dem Occupational Therapy Intervention Process Model (O-TIPM) ist es ein wertvolles Tool zur Erfassung, Interventionsplanung, Durchführung und Re-Evaluation in der Ergotherapie. Um die bestehenden Assessments, z. B. das ACIS und das ASI (Eglund et al. 1995), an die Sichtweise des ICF anzupassen, entwickelte Fisher diese weiter und nannte das veränderte Assessment (Evaluation of Social Interaction, ESI – gesprochen Fisher & Griswold 2010).
Arm- Handfunktion	
Kraftmessung der Hand Dynamometer	Messung der Hand- oder Fingerkraft. Leistungen wie Präzision, Schnelligkeit, Flüssigkeit, Variabilität in niederen Kraftbereichen können so ein detailliertes Bild über zerebrale Störungen der Kraftkontrolle liefern.
Nine Hole Peg Test	Der Test beurteilt die Geschicklichkeit der Finger und verlangt proximale motorische Kontrolle der oberen Extremität.

Box and Block Test	Der Box and Blocks Test ist ein standardisierter Test, der die unilaterale grobe Geschicklichkeit misst. Der Test wird in der Rehabilitation von Erwachsenen und Kindern sowie in der Forschung eingesetzt. Er benötigt wenig Zeit, wird international angewendet und es liegen Informationen zur Reliabilität sowie zur Validität vor.
DASH-Fragebogen	Ein Messinstrument zur Ergebnisevaluation armverletzter Patienten. Der Fragebogen beschäftigt sich sowohl mit Symptomen als auch mit Fähigkeiten, bestimmte Tätigkeiten auszuführen.
Untersuchung zerebraler Handfunktionsstörungen	untersucht werden acht Bereiche: prämorbid Handpräferenz, subjektive Beschwerden beim Gebrauch der Hände, elementare Bewegungen und Handgriffe, Sensibilität, funktionelle Leistungen, quantitative Untersuchung und Apraxie.
Bürotest (BT)	Der Büro-Test ist ein Verfahren zur Untersuchung der praktisch-kaufmännischen Fähigkeiten für Büroarbeiten. Es handelt sich dabei um die Erfassung von praktisch anschaulichem Denken, Kombinations- und Organisationsfähigkeit.
Lienertsche Drahtbiegeprobe (DBP)	Die Drahtbiegeprobe ist ein Mittel zur manumotorischen Funktionsprüfungs- und Eignungsdiagnostik. Die Aufgabe besteht darin, Drähte nach gegebener Vorlage manuell zu bearbeiten. Dabei wird eine Zeit vorgegeben, in der die Aufgabe erledigt werden soll. Das Verfahren eignet sich vor allem für einen Einsatz im Bereich der metallverarbeitenden Berufe. Die Drahtbiegeprobe gilt als klassisches Verfahren zur Diagnose des sogenannten Handgeschicks.
Diverse	individuell in den Einrichtungen zur Anwendung kommende Instrumente

Modul 2c: Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

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

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Ergotherapeuten, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind mindestens 2 Referenten
- Qualifikationen: Arzt mit sozialmedizinischer Qualifikation, ein Ergotherapeut 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 des Moduls 2c
- Handouts (LZ 2.1)
 - Aufgabenstellung Kleingruppe mit sozialmedizinischen Fallvorgaben
 - Das biopsychosoziale Modell der ICF
 - Langfassung personbezogene Faktoren DGSMP

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der Seminareinheit können die Teilnehmenden das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit der ICF zur individuellen Beschreibung von Rehabilitanden anwenden. Der Austausch 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 Beschwerdvalidierung.

Hinweise

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

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

2.1 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 damit ebenso in die sozialmedizinische Beurteilung. Mit der Bearbeitung von Fallbeispielen üben die Teilnehmenden die individuelle Fähigkeitsbeschreibung für Rehabilitanden unter Anwendung des biopsychosozialen Modells der Funktionsfähigkeit ein. 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

Material

- Folien (siehe Seiten 45 - 47)
- Handouts:
 - Aufgabenstellung Kleingruppe mit sozialmedizinischen Fallvorgaben (siehe Seite 48)
 - Das biopsychosoziale Modell der ICF als Vorlage (siehe Seite 49)
 - Grotkamp, S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung. www.dgsmp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (Internetzugriff 23.09.2022).
 - Grotkamp, S. et al. (2020). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen, 82, 107-116.
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF, Metaplankarten, Stifte

Hinweise zur Durchführung

Kurzvortrag (10 Minuten), Kleingruppenarbeit (40 Minuten), Diskussion der Fallbeispiele (40 Minuten)

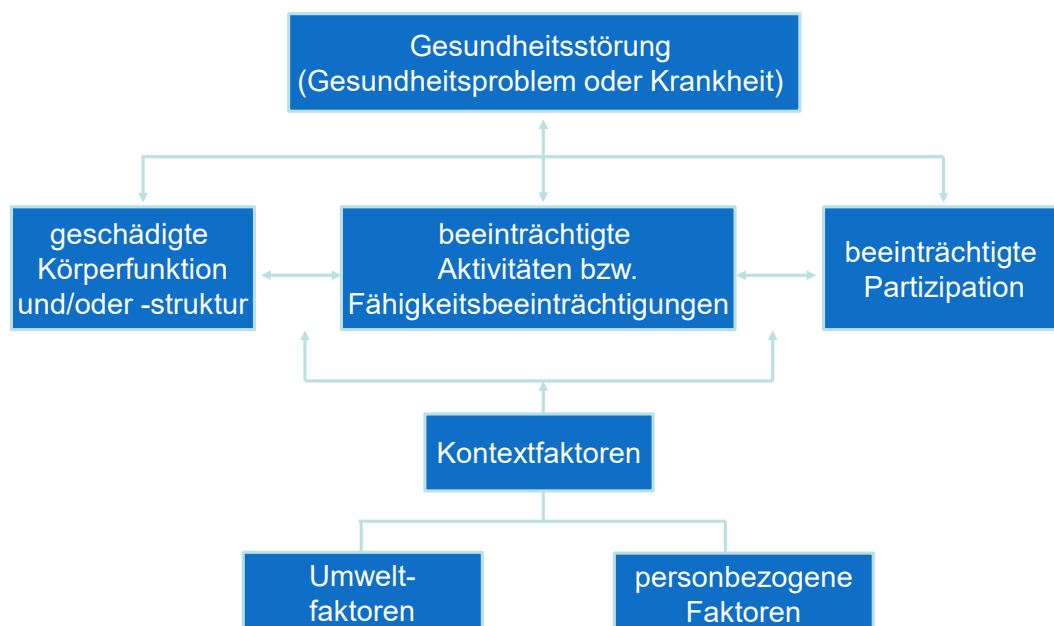
Nach einer kurzen thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 – 6 Personen eingeteilt. Jede Kleingruppe erhält ein Fallbeispiel, bei dem lediglich das Leistungsvermögen bei Entlassung vorgegeben ist und eine Metaplanwand mit den vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF. Die Teilnehmenden sollen auf Metaplankarten aufschreiben, welche Informationen sie vom Rehabilitanden für die Erstellung einer ergotherapeutischen Leistungseinschätzung benötigen und welche Fähigkeiten sie erheben, beobachten bzw. erfragen müssen. Die gesammelten Punkte ordnen die Kleingruppen den Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF an der Metaplanwand zu. Abschließend sollen die Teilnehmenden diskutieren, bei welchen Berufsgruppen fehlende bzw. zusätzliche Informationen für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zu erfragen sind. Dafür erhalten die Teilnehmenden 40 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. Hier sollte von Seiten der Referenten ein Abgleich mit den im Reha-Entlassungsbericht geforderten Informationen erfolgen.

Zeit circa 90 Minuten

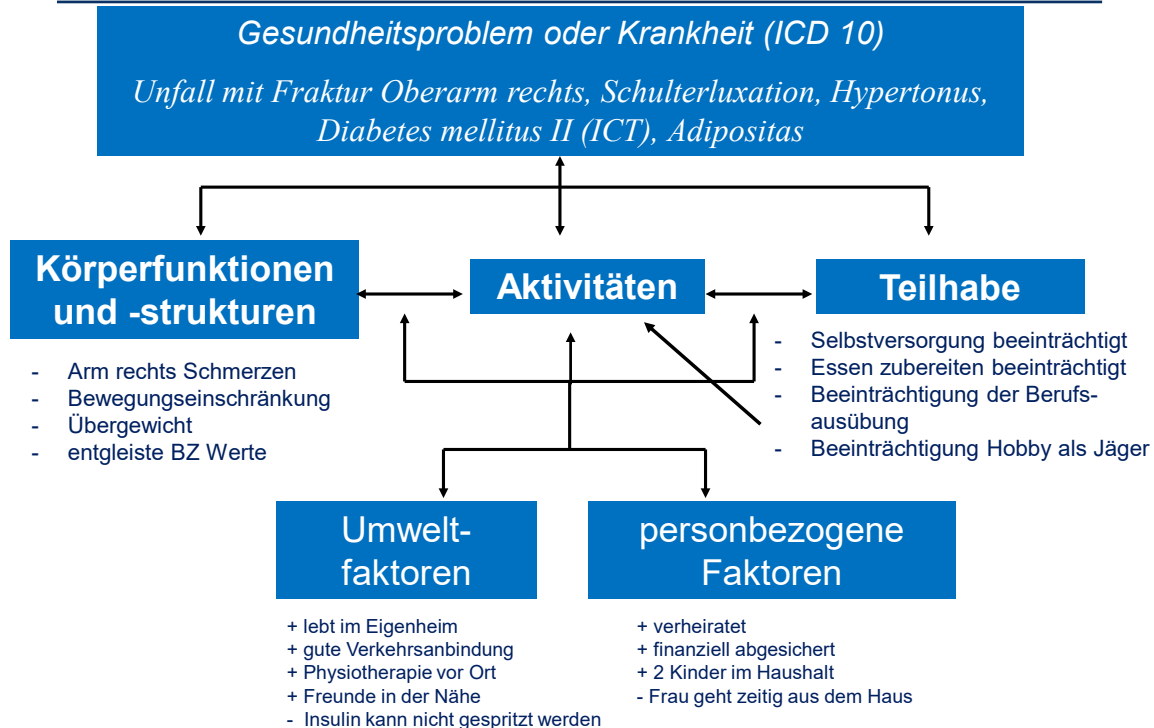
ICF und ICD

- mit der ICD der WHO werden Krankheiten klassifiziert (*biomedizinisches Modell*)
- mit der ICF werden Krankheitsfolgen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe beschrieben
(*bio-psycho-soziales Modell*)

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Ergotherapeutisches Beispiel



Personbezogene Faktoren

(DGSMP, 2020)

- **Kapitel 1: Allgemeine Merkmale**
Alter, Geschlecht
- **Kapitel 2: Physische Faktoren**
Körperliche Konstitution
- **Kapitel 3: Mentale Faktoren**
Persönlichkeit, kognitive und mnestiche Faktoren
- **Kapitel 4: Einstellungen, Handlungskompetenz und Gewohnheiten**
- **Kapitel 5: Lebenslage**

Quelle: Grotkamp S et al. Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen 2020; 82: 107–116.

Personbezogene Faktoren

(DGSMP)



Mögliche Wechselwirkung beachten

Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik der DGSMP (2019) - Langfassung

Kapitel 3 - Mentale Faktoren

Stand 13.12.2019

Das Kapitel befasst sich mit den grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit sowie kognitiven und mnestischen Faktoren, die als Förderfaktoren und Barrieren die Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Enthalten sind Intelligenz und angeborene mentale Talente. Es betrifft nicht Schädigungen mentaler Funktionen. Haben die Merkmale Krankheitswert, werden sie nicht als personbezogener Faktor klassifiziert, sondern bei den mentalen Funktionen.

Faktoren der Persönlichkeit (i 310-349)

Hierbei handelt es sich um mentale Faktoren, die das Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von anderen unterscheiden.

i 310 Extraversion

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Extraversion (Kontaktfreudigkeit, Geselligkeit und Ausdrucksfähigkeit) auszeichnen, auf dem anderen durch Introversion (Zurückhaltung, Unabhängigkeit und Alleinsein).

i 315 Faktoren der Emotionalität

Mentale Faktoren, die sich auf dem einen Pol durch Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Ruhe und Gefasstheit auszeichnen, auf dem anderen durch Anspannung, Besorgnis und Verlegenheit.

S. et al. (2019). Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO: Systematik DGSMP – Langfassung. mp.de/wp-content/uploads/2019/12/191213_DGSMP_Systematik_zu_den_Personbezogenen_Faktoren_Langfassung.pdf (griff 01.09.2022).

Kontextadjustierung von Fähigkeiten: kontextbezogene unterschiedliche Rollenanforderungen



Gewichtheber



Psychologin



Kleingruppenarbeit (40 Minuten)

Aufgabe

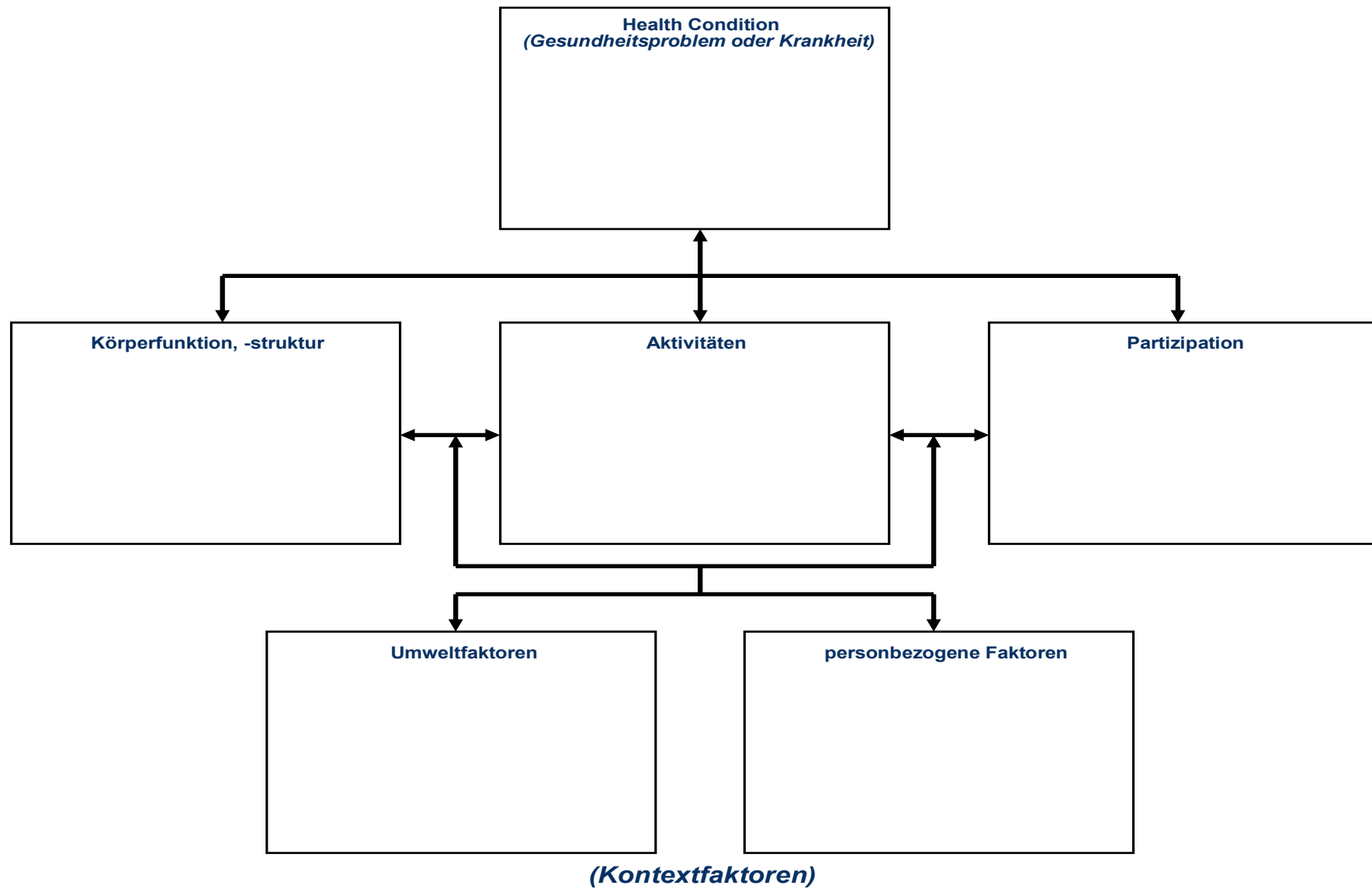
- Welche Fähigkeits- und Teilhabebeeinträchtigungen könnte es aus ergotherapeutischer Sicht geben?
- Erarbeiten Sie ein Fallbeispiel im biopsychosozialen Modell an der Metaplanwand!
- Kennzeichnen Sie Förderfaktoren (+) und Barrieren (-)!
- Stellen Sie Ihren Rehabilitanden/Ihre Rehabilitandin anschließend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



Eckdaten für Ihr Fallbeispiel: Leistungsvermögen bei Entlassung...

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

Handout: Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (ICF)



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

2.2 Rollenverständnis

Lehrziel

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

Begründung

Im Rehabilitationsprozess sind die Ergotherapeuten 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 des Rehabilitanden unterstützt. In der Rolle des Therapeuten arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame 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 Therapeuten- und Diagnostiker-Rolle?
 - Konsequenzen für den Ergotherapeuten in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Therapeuten-Rolle
 - Funktionen des therapeutischen Gesprächs
 - Rollenverständnis als Therapeut während der Rehabilitationsbehandlung
- Diagnostiker-Rolle
 - Rollenverständnis als Diagnostiker bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
 - Aufgaben des Diagnostikers bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Motivationslage des Rehabilitanden

Material

- Folien (siehe Seiten 52 - 53)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Kurzvortrag (10 Minuten), Austausch in Kleingruppen mit Rollenspiel (30 Minuten), Moderation der Diskussion von Lösungsansätzen (50 Minuten)

In Kleingruppen zu 4 - 5 Personen wird ein Austausch über Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt geführt. Typische Problemstellungen sollen in den Kleingruppen erarbeitet und anschließend als kurzes Rollenspiel in der Großgruppe vorgestellt werden. Problemstellungen und Lösungsansätze können dann anhand dieser Beispiele diskutiert werden.

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

In Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Teilnehmenden kann diesem Thema auch mehr Zeit eingeräumt werden. Gegebenenfalls muss dann das LZ 2.3 zum Thema Beschwerdenvvalidierung 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

Quelle: Derra, 2014

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 und seine Problematik darlegen kann.

Kleingruppenarbeit (30 Minuten)

Aufgabe



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

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

2.3 Beschwerdenvalidierung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Ziele, Inhalte und Umsetzung der Beschwerdenvalidierung bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes nennen.

Begründung

Eine wichtige Aufgabe bei der Erstellung eines fachspezifischen Befundes und 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 zu validieren, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Thematik und fördern ihre Handlungssicherheit.

Inhalt

- Beschwerdenvalidierung
- negative Antwortverzerrungen
 - Verdeutlichung
 - Aggravation
 - Simulation
- positive Antwortverzerrungen
 - Dissimulation
- Motivationslage des Rehabilitanden: willentliche Steuerbarkeit
- Differentialdiagnose: Verdeutlichung, Aggravation, Simulation
 - ggf. Beschwerdenvalidierungstests

Material

- Folien (siehe Seiten 55 - 61)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag, Diskussion

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zur Thematik Beschwerdenvalidierung sollen einbezogen werden. Die Teilnehmenden nach eigenen Erfahrungen mit zum Beispiel Rehabilitanden, die aggravierend oder simulieren, fragen. Wie wird im Rehabilitationsalltag mit solchen Rehabilitanden umgegangen? Welche Instrumente und Assessments (Lehrziel 1.5) werden für die Beschwerdenvalidierung genutzt?

Zeit circa 30 Minuten

Beschwerdenvalidierung

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 eruierenden **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

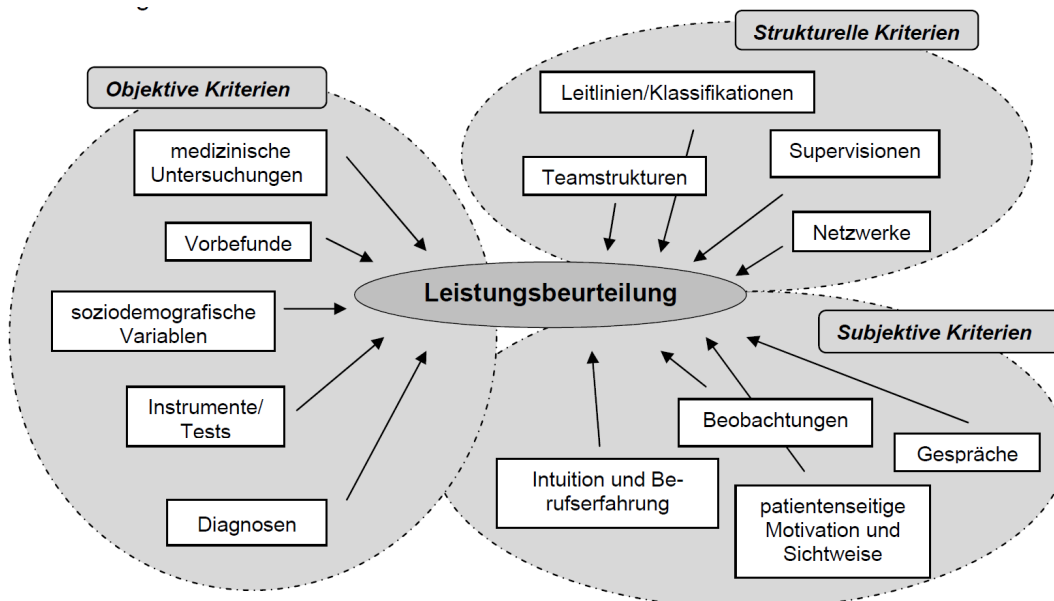
Verdeutlichung, Aggravation, Simulation

3. weitere Möglichkeiten

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

Konsistenzprüfung

Faktoren zur Ermittlung der Leistungsbeurteilung



Quelle: Radoschewski, F.M., Höhne, S., Michel, A. (2013).
Abschlussbericht SoLeR-Projekt.

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

2.4 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 den Teilnehmenden, die für sie 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 des Curriculums 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 63)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Ausblick auf Inhalte des Moduls 3 „Sozialmedizin im Reha-Team“

Die Referenten fassen die Inhalte und die Ziele des Moduls 2 „Ergotherapeutische 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.

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