

Modul 2f

Beiträge der Pflege 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 2022:

Ulrike Worringen, Christine Reudelsterz
Deutsche Rentenversicherung Bund
Anika Vollmer, Klinik Nordfriesland

Autorinnen 2020:

Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund
Anika Vollmer, Klinik Nordfriesland

Redaktion:

Ulrike Worringen, Antje Hoppe, Jana Oehme
Deutsche Rentenversicherung Bund

Modul 2f: „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“

VORBEMERKUNG ZU DEN MANUALEN DES CURRICULUMS „SOZIALMEDIZINISCHE LEISTUNGSBEURTEILUNG IM REHA-TEAM“	3
EINFÜHRUNG IN DAS MODUL 2F „BEITRÄGE DER PFLEGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“	9
SEMINAREINHEIT 1	11
SEMINAREINHEIT 2	42

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manuale zum Curriculum

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

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

Aufbau der Manuale

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

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

Darüber hinaus werden für jeden Schulungsabschnitt

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

Anmerkungen zur Neuauflage der Manuale

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

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

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

Redaktionelle Vorbemerkung

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

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

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2009.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 1. Sozialmedizinische Grundlagen. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022a.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2a. Psychologische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022b.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2b. Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022c.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2c. Ergotherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022d.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2d. Beiträge der Sozialen Arbeit zur Leistungsbeurteilung. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2022e.
- DRV Bund (Hrsg.). Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team. Modul 2e. Ernährungstherapeutische Beiträge 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 2F „BEITRÄGE DER PFLEGE ZUR LEISTUNGSBEURTEILUNG“.....	9
SEMINAREINHEIT 1.....	11
1.1 Aufbau und Ziele des Seminars.....	13
1.2 Rolle der Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung	15
1.3 Pflegeprozess.....	30
1.4 Erhebungsmethoden in der Pflege	38
SEMINAREINHEIT 2.....	42
2.1 Das biopsychosoziale Modell der ICF in der sozial-medizinischen Leistungsbeurteilung	44
2.2 Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF	48
2.3 Beschwerdenuvalidierung	51
2.4 Rollenverständnis in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung	60
2.5 Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3.....	64

Einführung in das Modul 2f „Beiträge der Pflege 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 Gesundheits- und Krankenpflegekräfte dargestellt. Die Zielgruppe sind Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind und an der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung mitwirken.

Ziel ist es, dass die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte Aspekte zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aus ihrer berufsspezifischen Perspektive erarbeiten. Es findet ein fachlicher Austausch zur Pflegediagnostik, Pflegeplanung und Pflegedokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses statt. Mit Hilfe von Fallbeispielen erarbeiten die Teilnehmenden Inhalte und Formulierungen einer Pflegeplanung. Sie tauschen sich über Erhebungsmethoden in der Pflege aus und erlernen für die Darstellung des Rehabilitanden, das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit der ICF anzuwenden. Sie erwerben einen Überblick über Möglichkeiten der Beschwerdvalidierung und setzen sich mit ihrer Rolle als Diagnostiker und Bezugsperson auseinander. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch zu sozialmedizinischen Themen soll im Mittelpunkt stehen.

Zeitliche und räumliche Organisation

Das Modul 2 umfasst insgesamt 8 Zeitstunden. Es ist empfehlenswert, in beiden Seminareinheiten eine Pausenzeit von insgesamt 30 Minuten einzuplanen

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 es empfehlenswert, eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit klinischer Erfahrung aus der medizinischen Rehabilitation zu gewinnen.

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 von Modul 2 wurden Hausaufgaben eingesetzt. Den Teilnehmenden werden zu den Themen umfassende Materialien wie Handouts der Vorträge, Broschüren und Internet-adressen zur Verfügung gestellt.

Die Verwendung von Fallbeispielen unterstützt die Veranschaulichung der Seminarinhalte 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. Es kann mit Fallvignetten gearbeitet werden oder die Teilnehmenden verwenden Fallbeispiele aus ihrer klinischen Praxis. Bei den Fallvignetten erhalten die Teilnehmenden Eckdaten für einen Rehabilitanden, zum Beispiel zu Geschlecht, Alter, Reha-Diagnose und psychosozialer Situation (inklusive Beruf). 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 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.

Vorabanfrage Teilnehmende

Die Teilnehmenden können vor dem Seminar mit der Bitte angeschrieben werden, klinikeigene oder bewährte standardisierte Erhebungsinstrumente, die von den Gesundheits- und Krankenpflegekräften genutzt werden, mitzubringen und den anderen Seminarteilnehmenden vorzustellen.

Modul 2f: Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 1

Themen

- Aufbau und Inhalt des Seminars
- Beitrag der Pflege zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Fallarbeit
- Erhebungsmethoden in der Pflege

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind 2 Referenten
- Qualifikationen: Berufsgruppe mit sozialmedizinischer Qualifikation, eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit Erfahrung in der medizinischen Rehabilitation

Raumausstattung

- Tische und Stühle in U-Form
- Beamer/Laserpointer, Presenter
- Flipchart
- Fotoapparat zur Erstellung eines Fotoprotokolls
- Metaplanwand für die Sammlung der Erhebungsmethoden

Handouts

- Seminarplan der Veranstaltung (LZ 1.1)
- Handzettel der Präsentation von LZ 1.2 (2 Folien pro Seite) oder das Manual des Moduls 2f)
- Leitfäden/Handouts:
 - Anforderungen an die Dokumentation (LZ 1.3)
 - Hinweise zur Erstellung von Berichten/Zusammenfassungen für die Pflege (LZ 1.3)
 - Fallvignetten (LZ 1.3)
 - Aufgabenstellung Kleingruppe (LZ 1.3, LZ 1.4)

- Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Erhebungsverfahren in der Pflege (LZ 1.4)
- Beispiele für Fragebögen, Anamnesebögen und andere Assessment-instrumente (LZ 1.4)
- Unterschriftenliste inkl. Adresse und Indikation der Reha-Einrichtung und E-Mail-Adresse (blanco), Datenschutzerklärung

Literatur als Arbeitshilfe / zur Ansicht

DRV Bund (Hrsg.). Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2015.

Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach AEDL. Standard Systeme GmbH. Hamburg: 2022.

Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach ATL. Standard Systeme. Hamburg: 2022.

Stefan, H., Allmer, F., Schalek, K. POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen nach der Version POP2. 3. Aufl. Springer Verlag. Berlin: 2022.

Kamitsuru, S., Herdman, TH., Lopes, C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

Kußmaul, J., Vater, A. (Hrsg.). Pflegeplanung: Formulierungen für Altenheim-Ambulante Pflege-Krankenhaus. 2. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2016.

Wieteck, P. (Hrsg.). ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. 3. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2020.

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Die Teilnehmenden können die Rolle der Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erläutern. Sie können einen Pflegeplan erstellen und kennen die entsprechenden Dokumentationsanforderungen. Sie erwerben einen Überblick über derzeit in der rehabilitativen Praxis verwendete Erhebungsverfahren, die für die Pflege geeignet sind. Sie können Verbesserungspotentiale für die eigene Diagnostik und Dokumentation benennen.

Hinweise

Es wird empfohlen, den Seminarplan zu Beginn der Veranstaltung an die Teilnehmenden zu verteilen (LZ 1.1). Dies ermöglicht ihnen, den Inhalten entspannter zu folgen.

Zur Unterstützung eines weiterführenden Fachaustausches zwischen den Teilnehmenden kann eine Liste mit Angaben zu: Name, Rehabilitationseinrichtung, ggf. Indikation, Adresse und E-Mail-Adresse erstellt werden. Mit ihrer Unterschrift genehmigen die Teilnehmenden die Weitergabe ihrer Daten an die anderen Seminarteilnehmenden. Eine Datenschutzerklärung sollte beigefügt werden. Von den Arbeitsergebnissen der Kleingruppen (Metaplanwände) kann ein Fotoprotokoll erstellt werden, welches den Teilnehmenden im Anschluss an das Seminar per E-Mail zur Verfügung gestellt werden kann.

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

1.1 **Aufbau und Ziele des Seminars**

Lehrziel

Die Teilnehmenden können Inhalte und Ziele des Seminars „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“ nennen.

Begründung

Für die Inhalte und Organisation des zweitägigen Seminars „Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung“ wird die Zielsetzung dargestellt. Es wird verdeutlicht, dass es sich nicht um eine Vortragsreihe zur reinen Informationsvermittlung handelt, sondern dass das Mitwirken aller Anwesenden erwünscht ist. Die Möglichkeit zum berufsgruppenspezifischen Fachaustausch steht im Mittelpunkt. Dies fördert das Verständnis für die eigene Rolle bei der Erstellung eines fachspezifischen Beitrags zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Inhalt

- Inhalte des Seminars
- Organisation und zeitlicher Ablauf der Veranstaltung (z. B. Pausen, Auschecken bis 10 Uhr am zweiten Tag, Lunchpaket als Alternative zum Mittagessen am zweiten Tag)
- Einstiegs-/Begrüßungsrunde
 - Rehabilitationseinrichtung, Indikation
 - Feedback zum Modul 1: Erfahrungen im Reha-Alltag: (Hausaufgabe aus Modul 1)
 - Änderungen in der Pflegedokumentation vorgenommen? Änderungen in der Kommunikation mit Ärzten/im Reha-Team? Nehmen Sie im Reha-Alltag mehr sozialmedizinische Aspekte wahr?
 - Erwartungen, Bedürfnisse, Fragen für das Modul 2

Material

- Folie (siehe Seite 14)

Hinweise zur Durchführung

Begrüßung, Vorstellung der Referierenden und Teilnehmenden, Folie zum Überblick über den Ablauf, Moderation der Fragestellungen und Diskussionspunkte der Teilnehmenden, diese werden auf einem Flipchart notiert und im Verlauf der Veranstaltung bearbeitet.

Zeit circa 40 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.

In Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ des Curriculums haben die Teilnehmenden die Aufgabe bekommen, Reha-Entlassungsberichte ihrer Rehabilitationseinrichtung hinsichtlich der Dokumentation ihrer berufsgruppenspezifischen Beiträge zu sichten. Da sich sozialmedizinisch relevante Beiträge der Pflegekräfte nur selten im Reha-Entlassungsbericht finden lassen, sollte der Fokus des Austausches bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften auf die Wahrnehmung und Kommunikation sozialmedizinisch relevanter Informationen im Reha-Team gelenkt werden. Es sollte trotzdem nachgefragt werden, ob die Teilnehmenden Entlassungsberichte ihrer Rehabilitationseinrichtung, inklusive der sozialmedizinischen Epikrise, kennen.

Übersicht Modul 2f

1. Tag: 14:00 – 18:30 Uhr

- Rolle der Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Fallarbeit zur Pflegeplanung
- Austausch zu Erhebungsmethoden

2. Tag: 8:00 – 12:30 Uhr

- Rolle des biopsychosozialen Modells der ICF für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- ICF basierte Fallarbeit
- Beschwerdenuvalidierung
- Austausch zum Rollenverständnis,
- Kliniktransfer und Ausblick auf Modul 3

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

1.2 Rolle der Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können die Beiträge der Pflege zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Reha-Team benennen.

Begründung

Die Rolle der Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ist für viele Berufsgruppenangehörige zunächst unklar. Die Pflege kann aber wichtige Informationen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Rehabilitanden beitragen. Pflegekräfte erleben die Rehabilitanden im Reha-Alltag außerhalb der Therapie, in der stationären Rehabilitation sieben Tage die Woche. Sie erleben sie in ihren Sozialkontakten und können Aussagen zum Selbstmanagement der Rehabilitanden machen. All dies können wichtige Informationen im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sein. Um diese Informationen zu systematisieren, kann eine strukturierte Pflegeprozessplanung erfolgen und so den Reha-Prozess stützen. Mit Erfassung des Ist-Zustandes, der Planung des Unterstützungsbedarfes, sowie der Durchführung und Evaluation der Pflegemaßnahmen, ist die fachliche Kontinuität gewährleistet. Ein interdisziplinärer Informationstransfer wird durch die klare Formulierung und Transparenz im Pflegeprozess garantiert und so können diese in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung einfließen. Unterschiedliche Klassifikationssysteme können zusätzlich helfen, die Wahrnehmungen und Aussagen der Pflegekräfte zu systematisieren. Die Unterscheidung zwischen einer pflegerischen und einer medizinischen Diagnose wird dargestellt.

Inhalt

- Rolle der Pflege
- Pflege- und Rehabilitationsprozess
- Klassifizierungssysteme (Pflegediagnosen, KTL)

Material

- Folien (siehe Seiten 17 - 29)
- Bücher zur Ansicht

DRV Bund (Hrsg.). Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin: 2015.

Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach AEDL. Standard Systeme GmbH. Hamburg: 2022.

Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach ATL. Standard Systeme. Hamburg: 2022.

Stefan, H., Allmer, F., Schalek, K. POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen nach der Version POP2. 3. Aufl. Springer Verlag. Berlin: 2022.

Kamitsuru, S., Herdman, TH., Lopes, C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

Kußmaul, J., Vater, A. (Hrsg.). Pflegeplanung: Formulierungen für Altenheim- Ambulante Pflege-Krankenhaus. 2. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2016.

Wieteck, P. (Hrsg.). ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. 3. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2020.

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag

Zeit circa 50 Minuten

Anmerkung

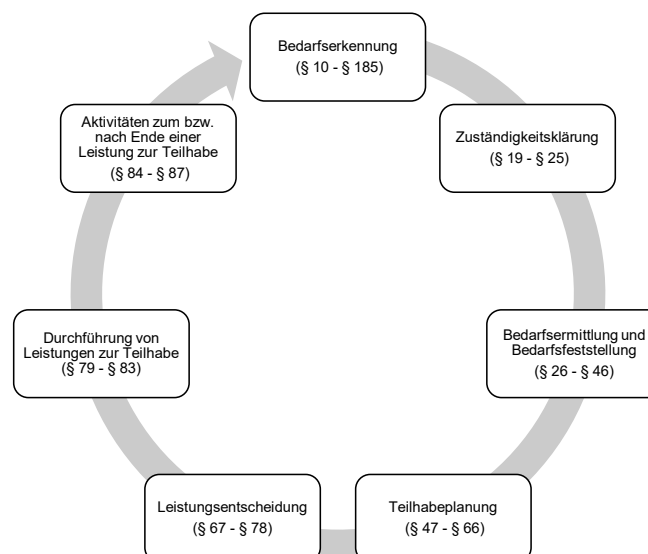
Das Konzept des Pflegeprozesses sowie Klassifizierungssysteme mit Pflegediagnosen sind bislang in der medizinischen Rehabilitation wenig gebräuchlich. Es wird notwendig sein, die Pflegeprozessplanung an Beispielen vorzustellen und einen kurzen Überblick über die Bedeutung und den Stellenwert von Klassifizierungssystemen im Allgemeinen zu geben. Ihre Bedeutung für die strukturierte Wahrnehmung und Benennung von sozialmedizinisch relevanten Erlebens- und Verhaltensweisen sollte in der Darstellung hervorgehoben werden.

Rolle der Pflege

- 24-Stunden Kontakte außerhalb der Therapie, Kontakte zu Angehörigen
- Wahrnehmung von Verhalten im Reha-Alltag und Unterstützung der Selbstmanagementkompetenzen
- Funktion eines Lotsen, übernimmt erweiterte, prozesslenkende und koordinierende Aufgaben
- Bezugsperson und Diagnostiker
- Kommunikation mit allen anderen therapeutischen Berufsgruppen

Reha-Prozess

Reha-Prozess mit den verschiedenen Phasen bzw. Elementen



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2019

Reha-Prozess

Erfassung des

- Ist-Zustandes
- Unterstützungs- und Hilfebedarfe
- Verlauf der Rehabilitation bzw. die Entwicklung des Rehabilitanden

Veränderungen werden

- erfasst und dokumentiert
- Hindernisse im Zugang zu Ressourcen reflektiert
- die weiterführende Therapie und Pflegeinterventionen laufend angepasst

Pflegeprozess

Zentrales Anliegen bei der Realisierung des Pflegeprozessmodells „[...] ist die Sicherung der Kontinuität einer individuellen, patientenorientierten Pflege“

(Pröbstl & Glaser 1997, S.264)

Ziele des Pflegeprozesses

- Pflegerische Arbeit als einen systematischen Handlungsablauf verdeutlichen
- einzelne Schritte werden beschrieben, die zur Problemlösung und Zielerreichung führen
- durch Systematisierung der Pflege werden die Leistungen transparent, nachvollziehbar und überprüfbar

→ Grundvoraussetzung zur Überprüfung der pflegerischen Handelns

Pflegeprozess

1. Pflegeanamnese = Informationen sammeln
(siehe Erhebungsmethoden in der Pflege)
2. Erkennen von Risiken, Problemen und Ressourcen (Pflegediagnosen)
3. Festlegen der Pflegeziele (siehe Reha-Ziele)
4. Maßnahmen planen (Pflegestandards, nationale Expertenstandards)
5. Durchführen der Maßnahmen, beispielsweise Anleitung zum Selbstmanagement, Schulung und Beratung
6. Evaluation der Pflege- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen

Pflegeprozess

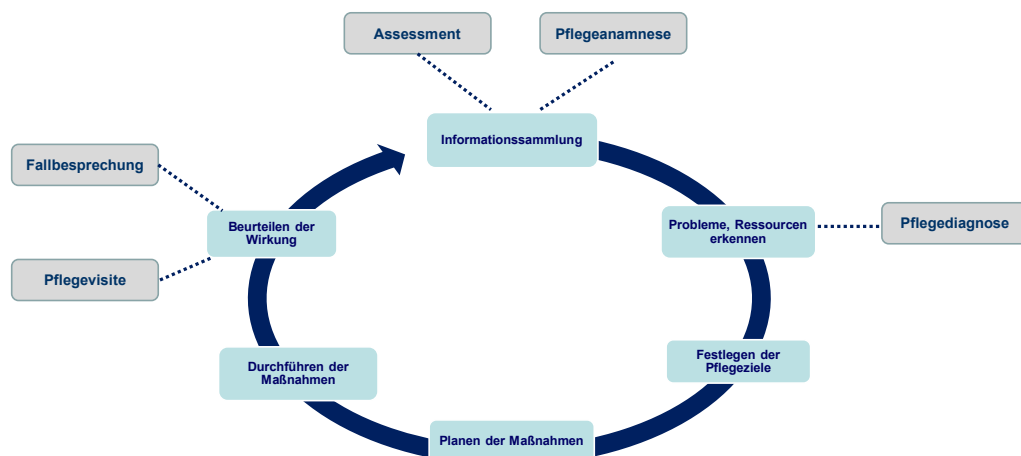


Abbildung modifiziert: Schritte des 6-stufigen Pflegeprozesses nach Fiechter & Meier – eigene Darstellung

Quelle: Wietek, P. (Hrsg.). ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. 3. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2020

Pflegeplanung

Landkarte „Pflegeplanung“; die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses ziehen sich wie ein roter Faden durch die Pflegedokumentation

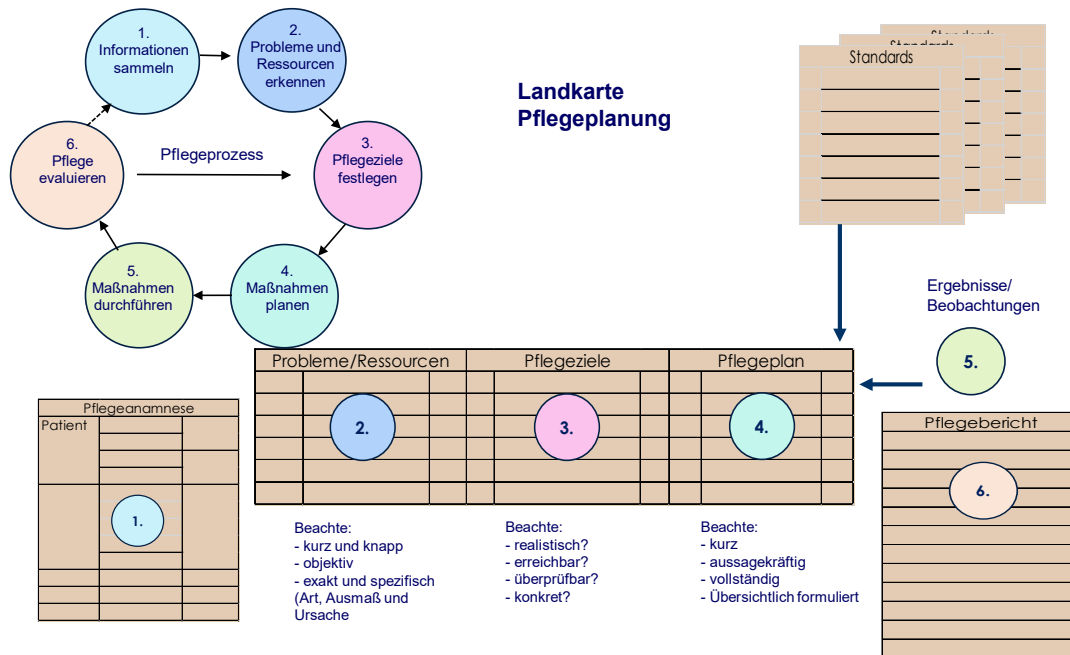


Abbildung modifiziert (eigene Darstellung)

Quelle: Kußmaul, J., Vater, A. (Hrsg.). Pflegeplanung: Formulierungen für Altenheim-Ambulante Pflege-Krankenhaus. 2. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2016.

Praxis: Klassische Pflegeplanung

Problem	Ressource	Ziel	Maßnahme

Beispiel für Formulierung

- Frau L., 72 Jahre, Z. n. Apoplex, Hemiparese li.

Problem	Ressource	Ziel	Maßnahmen
Frau L. hat aufgrund eines Apoplex eine Hemiparese linksseitig. Zudem ist sie adipös. Nach Braden-Risikoeinschätzung, sowie pflegfachlicher Einschätzung ist sie hoch-dekubitusgefährdet.	Frau L. kann Mikrolagerungen selbst durchführen	Frau L. ist dekubitus-frei.	3x tgl. Haut beobachten und Fingertest durchführen. Lagerung und Mobilisation nach individuellem Intervall (alle 3 Std.). Regelmäßige Hautpflege durchführen (Pflegecreme). Frau L. und ihre Angehörigen über das Dekubitusrisiko informieren und über die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe beraten.

Beispiel für Formulierung

- Herr F., 55 Jahre, Z. n. Myokardinfarkt

Problem	Ressource	Ziel	Maßnahmen
Herr F. kann aufgrund eines Myokardinfarktes seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben und ist daher niedergeschlagen.	Herr F. ist gesprächsbereit.	Herr F. akzeptiert seine neue, veränderte Lebenssituation.	Informationen über Gesundheitsrisiken geben und beraten aktiv Zuhören Kontakt zur psych. Abteilung herstellen Kontakt zu Selbsthilfegruppen anbieten bzw. vermitteln

Formulierungshilfen für Pflegeplanung

Beispiele/Empfehlungen:

Pflegeprozessplanung nach AEDL 2022

(Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach AEDL. Standard Systeme. Hamburg: 2022.)

Pflegeprozessplanung nach ATL 2022

(Standard Systeme GmbH (Hrsg.). Formulierungshilfen 2022 für die Pflegeprozessplanung nach ATL. Standard Systeme. Hamburg: 2022.)

Pflegeplanung: Formulierungen für Altenheim-Ambulante Pflege-Krankenhaus

(Kußmaul, J., Vater, A. (Hrsg.). Pflegeplanung: Formulierungen für Altenheim-Ambulante Pflege-Krankenhaus. 2. Aufl. Thieme Verlag. Stuttgart: 2016.)

Mit Pflegediagnosen arbeiten

Pflegediagnosen – wozu?

ein Fundament für pflegerische Entscheidungsfindung und der Ausgangspunkt im Pflegeprozess

- Schaffung einer gemeinsamen Fachsprache
- Sicherstellung einer nachhaltigen, adäquaten pflegerischen Versorgung und Therapie
- „Neudenken“ in der Profession Pflege (Herausforderung Änderung der Familienkonstellationen/Zunahme chronisch Kranker/vulnerable Bevölkerungsgruppen)
- Zunahme an evidenzbasiertem, pflegerischem Wissen = Theorie-Praxis-Transfer sicherstellen

Klassifizierungssysteme

Beispiele für Klassifikationssysteme von Pflegediagnosen

- Pflegediagnosen nach NANDA

Verknüpfung mit NIC (Nursing Intervention Classification) und NOC (Nursing Outcome Classification)

- ENP - European Nursing care Pathways
- ICNP - International Classification of Nursing Practice
- POP – PraxisOrientiertePflegediagnostik

POP-Ressourcenmodell

„Pflegediagnosen sind Beschreibungen konkreter pflegerischer Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess.“ (Stefan et al. 2013)

Gesundheit und Ressourcen stehen im Mittelpunkt

verschiedene Arten von Ressourcen, über die Menschen verfügen:

- körperliche/funktionelle Ressourcen
- psychische Ressourcen
- soziale/umgebungsbedingte Ressourcen

POP-Ressourcenmodell

- **in 9 Domänen eingeteilt**

Luft, Wasser, Nahrung, Ausscheidung, Aktivität und Ruhe, Alleinsein und soziale Interaktion, Abwendung von Gefahren, Integrität der Person, soziales Umfeld

- **160 Pflegediagnosetitel**

- 45 Gesundheitspflegediagnosetitel
- 49 Risikopflegediagnosetitel
- 66 aktuelle Pflegediagnosetitel

POP-Ressourcenmodell

Pflegediagnosen nach der POP-Klassifikation (POP2)

Domänen, Klassen, Pflegediagnosen sowie POP-Code

Domäne 1: Luft		Domäne 3: Nahrung	
Klasse: Atmung		Klasse: Nahrungsaufnahme	
Atmen, beeinträchtigt, Risiko	10021	Überernährung, Risiko	30011
Atmen, beeinträchtigt	10022	Überernährung	30012
Atmen, Entwicklung der Ressourcen	10023	Mangelernährung, Risiko	30021
		Mangelernährung	30022
		Ernährung, Entwicklung der Ressourcen	30033
		Schlucken, beeinträchtigt	30042
		Stillen, beeinträchtigt, Risiko	30051
		Stillen, beeinträchtigt	30052
		Stillen, Entwicklung der Ressourcen	30053
Domäne 2: Wasser		Domäne 4: Ausscheidung	
Klasse: Flüssigkeitshaushalt		Klasse: Harn-/Stuhlausscheidung	
Flüssigkeitshaushalt, Entwicklung der Ressourcen	20023	Stuhlausscheidung, beeinträchtigt, Risiko	40051
Flüssigkeitshaushalt, defizitär, Risiko	20041	Stuhlausscheidung, beeinträchtigt	40052
Flüssigkeitshaushalt, defizitär	20042		

Quelle: Stefan H., Allmer F., Schalek K. POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen nach der Version POP2. 3. Aufl. Springer Verlag, Berlin: 2022.

NANDA-Pflegediagnosen

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) - Pflegediagnosen

Stand 2022:

267 Pflegediagnosen; alle 2 Jahre evaluiert

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung einer menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände/Lebensprozesse oder die Vulnerabilität für diese Reaktion eines Individuums, einer Familie, Gruppe oder Gemeinschaft. Eine Pflegediagnose stellt die Grundlage für die Auswahl der Pflegeinterventionen zur Erzielung von Outcomes dar, für die die Pflegefachpersonen verantwortlich sind.“ (Herdman u. Kamitsuru 2022)

Quelle: Kamitsuru S., Herdman TH., Lopes C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

NANDA-Pflegediagnosen

267 Pflegediagnosen (Stand 2022) in 3 Ebenen:

In 13 Domänen und 47 Klassen gruppiert, jede Klasse enthält Pflegediagnosen

Domäne	Bezeichnung
1	Gesundheitsförderung
2	Ernährung
3	Ausscheidung und Austausch
4	Aktivität/Ruhe
5	Wahrnehmung/Kognition
6	Selbstwahrnehmung
7	Rollenbeziehungen
8	Sexualität
9	Coping/Stresstoleranz
10	Lebensprinzipien
11	Sicherheit/Schutz
12	Comfort
13	Wachstum/Entwicklung

Beispiel: Pflegediagnose **Beeinträchtigte Mobilität im Bett (00091)** ist der Klasse **Aktivität/Bewegung** zugeordnet, die zur Domäne **Aktivität/Ruhe** gehört

Quelle: Kamitsuru S., Herdman TH., Lopes C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

NANDA-Pflegediagnosen

Verschiedene Arten von Pflegediagnosen

- Problemfokussierte Pflegediagnosen
- Risikodiagnose
- Gesundheitsförderungsdiagnose
- (Syndrom-Diagnose)

NANDA-Pflegediagnosen (Beispiel Teil I)

Domäne 4. - Aktivität/Ruhe

Erzeugung, Erhalt, Verbrauch oder Gleichgewicht der Energieressourcen

Klasse 1. Schlaf/Ruhe

Schlummer, Erholung, Behaglichkeit, Entspannung oder Inaktivität

Code	Diagnose	Seite
00095	Schlafstörung	314
00096	Schlafmangel	316
00165	Bereitschaft für einen verbesserten Schlaf	318
00198	Gestörtes Schlafmuster	319

Klasse 2. Aktivität/Bewegung

Körperteile bewegen (Mobilität), Arbeiten oder Handlungen häufig (aber nicht immer) gegen Widerstand durchführen

00298	Verminderte Aktivitätstoleranz	320
00299	Risiko einer verminderten Aktivitätstoleranz	321
00040	Risiko eines Inaktivitäts-Syndroms	322
00091	Beeinträchtigte Mobilität im Bett	323
00085	Beeinträchtigte physische Mobilität	324
00089	Beeinträchtigte Mobilität mit dem Rollstuhl	326
00237	Beeinträchtigt Sitzen	328
00238	Beeinträchtigt Stehen	329
00090	Beeinträchtigte Transferfähigkeit	330
00088	Beeinträchtigte Gehfähigkeit	331

Quelle: Kamitsuru S., Herdman TH., Lopes C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

NANDA-Pflegediagnosen (Beispiel Teil II)

Beeinträchtigte Mobilität im Bett (Diagnosecode 00091)

Definition: Einschränkung in der selbstständigen Positionsveränderungen im Bett.

Bestimmende Merkmale

Schwierigkeiten bei der Bewegung zwischen: langen Phasen im Sitzen und in der Rückenlage; Bauch- und Rückenlage, Sitz- und Liegeposition

Schwierigkeiten: Gegenstände auf dem Bett zu erreichen; sich im Bett neu zu positionieren; zum Bett zurückzukehren, beim Umdrehen im Bett; beim Sitzen auf der Bettkante; sich von einer Seite auf die andere zu drehen

Beinflussende Faktoren

Kognitive Dysfunktion, Verminderte Flexibilität, Umweltbedingte Einschränkungen, Beeinträchtigte Haltungsbalance, Inadäquater Neigungswinkel des Kopfes, Unzureichendes Wissen über Mobilitätsstrategien, Unzureichende Muskelkraft, Adipositas, Schmerzen, Physischer Konditionsabbau

Risikopopulationen

Kinder, Personen mit längerer Bettruhe, Personen in der frühen postoperativen Phase, Ältere Erwachsene

Assoziierte Bedingungen

Künstliche Beatmung, Kritische Erkrankung, Demenz, Drainagen, Muskuloskelettale Beeinträchtigung, Neurodegenerative Erkrankungen, Neuromuskuläre Erkrankungen, Morbus Parkinson, Pharmazeutische Präparate, Sedierung

Quelle: Kamitsuru S., Herdman TH., Lopes C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

Abgrenzung medizinische und Pflegediagnosen

Unterscheidungsmerkmale im Überblick

Medizinische Diagnosen

Beschreiben der Krankheit selbst

Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen

Betreffen den Patienten als Einzelperson

Beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen (Ausnahme "Psychiatrie")

Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit

Pflegediagnosen

Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er erkrankt

Beschreiben den Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich

Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt)

Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse

Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit

Quelle: Stefan H., Allmer F., Schalek K. POP – Praxis Orientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele – Maßnahmen nach der Version POP2. 3. Aufl. Springer Verlag, Berlin: 2022.

Abgrenzung medizinische und Pflegediagnosen

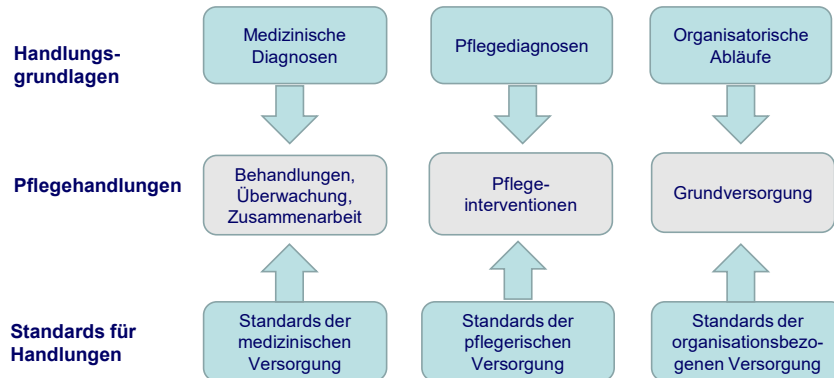


Abbildung modifiziert (eigene Darstellung)

Quelle: Kamitsuru S., Herdman TH., Lopes C. NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021–2023. 3. Aufl. Recom. Kassel: 2022.

Therapeutische Versorgung (KTL) Leistungsdokumentation

- Klassifikation therapeutischer Leistungen Ausgabe 2015
- Transparenz, welche Leistungen die Rehabilitanden erhalten haben
- Kapitelstruktur:

A	Sport- und Bewegungstherapie
B	Physiotherapie
C	Information, Motivation, Schulung
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie
E	Ergo-, Arbeits- u. andere funktionelle Therapie
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie
G	Psychotherapie
H	Reha-Pflege und Pädagogik
K	Physikalische Therapie
L	Rekreationstherapie
M	Ernährungsmedizinische Leistungen

- Kapitel 9.4 Auflistung aller Leistungen, die von Pflegefachkräften erbracht werden können

9.4 Leistungen, die von Pflegefachkräften erbracht werden können**D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie**

D620 Sozialtherapie einzeln
D630 Sozialtherapie in der Gruppe

E Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie

E680 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
E690 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens in der Kleingruppe

H Reha-Pflege und Pädagogik

H560 Anleitung zu Aktivitäten des täglichen Lebens einzeln
H571 Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle einzeln
H572 Anleitung zur Peak-Flow-Kontrolle einzeln
H573 Anleitung zur Pulskontrolle einzeln
H574 Anleitung zur Gewichtskontrolle einzeln
H575 Anleitung zur Blutzucker-Kontrolle einzeln
H576 Anleitung zur Gerinnungskontrolle einzeln
H579 Anleitung zur Kontrolle sonstiger medizinischer Parameter einzeln
H581 Anleitung zur Elektrostimulation einzeln
H582 Anleitung zur Eigenmassage einzeln
H583 Anleitung zur Lichttherapie einzeln
H589 Anleitung zur Durchführung sonstiger physikalischer Therapie-
verfahren einzeln
H591 Anleitung zur Stomaversorgung einzeln
H592 Anleitung zur Anwendung von Trachealkanülen, Port- oder Sonden-
systemen einzeln
H593 Anleitung zur Selbstkatheterisierung einzeln
H599 Anleitung zur Anwendung sonstiger intrakorporaler Hilfsmittel einzeln
H601 Anleitung zur Anwendung der Brustprothetik einzeln
H602 Anleitung zur Anwendung der Beinprothetik einzeln
H603 Anleitung zur Anwendung der Orthese einzeln
H609 Anleitung zur Anwendung sonstiger extrakorporaler Hilfsmittel
einzeln
H611 Anleitung zur Inhalation einzeln
H612 Anleitung zur Beatmungstherapie einzeln
H613 Anleitung zur Sauerstoff-Langzeittherapie einzeln
H619 Anleitung zu sonstiger Therapie bei respiratorischer Insuffizienz
einzeln
H621 Anleitung zur Wundversorgung oder Narbenpflege einzeln
H622 Anleitung zur externen Dermatotherapie einzeln
H629 Anleitung zu sonstiger Therapie nach Verletzungen und Krankheiten
der Haut einzeln

9.4 Leistungen, die von Pflegefachkräften erbracht werden können

H630 Anleitung zur subkutanen Injektion einzeln
H640 Anleitung zum Umgang mit Lymphödemen einzeln
H650 Anleitung zum Umgang mit Inkontinenz einzeln
H660 Anleitung zur Medikamenteneinnahme einzeln
H670 Anleitung zur medizinisch indizierten Fußpflege einzeln
H680 Angehörigenanleitung einzeln
H710 Sauberkeitstraining bei Kindern und Jugendlichen einzeln
H720 Irrigationstraining einzeln
H730 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe
H740 Supportives Gespräch
H750 Pädagogische Intervention einzeln
H760 Pädagogische Intervention in der Kleingruppe
H780 Umsetzung von Verhaltensmodifikationen im Alltag einzeln
H790 Lernförderung einzeln
H800 Lernförderung in der Kleingruppe
H810 Konzentrationstraining in der Kleingruppe

K Physikalische Therapie

K611 Inhalation dampfgetrieben einzeln
K612 Inhalation druckunterstützt einzeln
K613 Inhalation mit Düse oder Ultraschall einzeln
K619 Sonstige Inhalation einzeln
K690 Gerätegestützte Mobilisation einzeln
K701 UVA1 medium oder high dose Therapie einzeln
K702 PUVA-Teilkörperbestrahlung einzeln
K703 PUVA-Ganzkörperbestrahlung einzeln
K704 Teilkörperbestrahlung (UVB oder Kombination mit UVA) einzeln
K705 Ganzkörperbestrahlung (UVB oder Kombination mit UVA) einzeln
K711 Anlegen funktioneller Tapings einzeln
K712 Applikation von Spezialverbänden einzeln
K713 Kompressionstherapie einzeln
K719 Anlegen sonstiger funktioneller Verbände einzeln

M Ernährungsmedizinische Leistungen

M610 Beobachtete (pädagogische) Mahlzeiten in der Kleingruppe

Sozialmedizinische Aufgabe

Pflege in der Rehabilitation benötigt

- Wahrnehmung der Rehabilitanden
- Beschreibung des Wahrgenommenen
und
- Mitteilung des Wahrgenommenen

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

1.3 Pflegeprozess

Lehrziel

Die Teilnehmenden können eine Pflegeplanung im Rahmen des Pflegeprozesses erstellen.

Begründung

Die Pflegeplanung beschreibt die pflegerischen Prozesse während des Reha-Prozesses. Mit einer abschließenden Evaluation stellen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte zum Ende der Rehabilitation ein Fachurteil. Die Pflegeplanung bietet eine Grundlage und kann ein Bestandteil einer interdisziplinär erstellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sein. Die Bearbeitung von Fallbeispielen ermöglicht den Teilnehmenden, die Pflegeprozessplanung praktisch anzuwenden und ihre Fähigkeiten bei der Erstellung 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 Pflegedokumentation
- Hinweise zur Erstellung von Pflegeberichten
- Fallbeispiele ausarbeiten
 - Formulierung von 2 Pflegeproblemen, denen jeweils Ressourcen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zugeordnet werden

Material

- Folien (siehe Seiten 32 - 34)
- Handouts
 - Aufgabenstellung Kleingruppenarbeit (siehe Folie Seite 32 – 34)
 - Anforderungen an die Pflegedokumentation – „Kleiner Leitfaden“ (siehe Seite 35 - 36)
 - Hinweise zur Erstellung von Pflegeberichten (siehe Seite 37)

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Moderation, Diskussion

Nach einer kurzen thematischen Einführung in die Aufgabenstellung und die Dokumentationshilfen (Handouts) werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen aufgeteilt.

Die Teilnehmenden erhalten zur Erstellung der Pflegeplanung Fallvignetten, bei denen Eckdaten des zu beschreibenden Rehabilitanden wie Geschlecht, Alter, Beruf, Reha-Diagnose und die psychosoziale Lebenssituation beschrieben sind. Die Arbeitsgruppen haben die Aufgabe, vor dem Hintergrund dieser Daten Pflegeprobleme zu bestimmen, um bei diesen eine Pflegeprozessplanung zu erstellen. Dazu ist die Definition von Ressourcen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen notwendig. So wird eine Planung für die pflegerischen Maßnahmen erstellt, die für das Erreichen der Reha-Ziele von Bedeutung sind. Die Ergebnisse sollen auf einem Flipchart festgehalten werden. Im Anschluss stellt jede Kleingruppe ihre Ergebnisse im Plenum vor und stellt entstandene Fragestellungen zur Diskussion. Im Plenum wird das Arbeitsergebnis der Kleingruppen gemeinsam geprüft und diskutiert, ob die definierten Pflegeprobleme, die beschriebenen Ressourcen, sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen nachvollziehbar sind.

Zeit circa 90 Minuten

Anmerkung

Eine Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses umfasst regelhaft das Ergebnis der Pflegemaßnahmen. Im Anschluss an die Pflegeplanerstellung kann auf die Darstellung des Reha-Verlaufs im Pflegeprozess eingegangen und diese zur Diskussion gestellt werden.

Kleingruppenarbeit (45 Minuten)

Aufgabe



- Suchen Sie sich eine Fallvignette aus.
- Formulieren Sie für diesen Rehabilitanden **2 Pflegeprobleme, denen Sie jeweils Ressourcen, Ziele und Maßnahmen zuordnen.**
- Stellen Sie Ihre Ergebnisse in der Großgruppe vor.

Kleingruppenarbeit

Strukturierungshilfe

Praxis: Klassische Pflegeplanung

Problem	Ressource	Ziel	Maßnahme



Fallvorgaben

- **Fall 1 - orthopädische Rehabilitation:**
Herr Maier, 59 Jahre, Lkw-Fahrer,
Zustand nach Hüft-TEP, noch schmerzhaft
Bewegungseinschränkung,
BMI: 34 (10 kg Gewichtszunahme in einem Jahr durch
Bewegungsmangel), alleinstehend
- **Fall 2 - orthopädische Rehabilitation:**
Frau Müller, 58 Jahre, Krankenschwester in der
Psychiatrie,
chronische Rückenschmerzen bei Wirbelsäulen-
Syndrom, Adipositas Grad II, oral eingestellter Diabetes
mellitus Typ II, versorgt pflegebedürftige Mutter daheim



Fallvorgaben

- **Fall 3 - kardiologische Rehabilitation:**
Herr Schmidt, 54 Jahre, Außendienstmitarbeiter bei
einem Küchenhersteller,
AHB nach akutem Herzinfarkt, jetzt beschwerdefrei, als
Risikofaktoren Bluthochdruck und Übergewicht, lebt in
Scheidung
- **Fall 4 - onkologische Rehabilitation:**
Frau Baumann, 52 Jahre, Altenpflegerin, verheiratet, 2
Kinder im Haushalt,
AHB nach Mammacarcinom (Operation und
Bestrahlung), noch appetitlos, trotz Gewichtsabnahme
unter der Therapie noch übergewichtig

Fallvorgaben

- **Fall 5 – psychosomatische Rehabilitation:**
Frau Meng, 57 Jahre, Verwaltungsangestellte,
rezidivierende depressive Episoden, chronischer
Alkoholabusus, alleinstehend, pflegebedürftigen Vater
daheim

Handout: Anforderungen an die Pflegedokumentation – „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 Verlaufsdarstellung/Aufgabenzuweisung.

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

Wichtig: Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Festlegung des Vorgehens:

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

Wichtiger Hinweis:

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

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

Gesetzliche Grundlage Patientenrechtegesetz (2013):

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

§ 630g Absätze 1 und 2 BGB

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

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

Handout: Hinweise zur Erstellung von Pflegeberichten

Wichtig:

- Festlegung der Berichtsform: Der Bericht ist immer in der **Vergangenheitsform** zu erstellen.
- Beginn grundsätzlich mit einem einleitenden Satz wie beispielsweise „In der Pflege wurde...“
- keine 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.
- grundsätzlich in alltagsorientierten Bezug beschreiben (Grad/Umfang der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Selbstversorgung)
- ggf. Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen vorschlagen und begründen

Irrelevante Informationen nicht aufführen.

- eher Sätze wie: „Bei Verrichtungen der Selbstversorgung...“
- Beschreibungen der Vorgehensweise im Rahmen der Pflegemaßnahmen nur in der Verlaufsdokumentation ausformulieren.
- keine pflegespezifischen Eigennamen
- ausführliche Pflegebefunde (Pflegediagnosen, Assessments etc.) nur für Informationsweitergabe im Pflorgeteam zur Darstellung der pflegerischen Arbeitsweise und zur Übergabe bei Urlaub oder Krankheit im Team

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.

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

1.4 Erhebungsmethoden in der Pflege

Lehrziel

Die Teilnehmenden können (standardisierte) Erhebungsmethoden in der Pflege benennen.

Begründung

Voraussetzung für die Erstellung einer auf den individuellen Bedarf des Rehabilitanden ausgerichteten Pflegeplanung und eine Evaluation dieser am Ende einer Rehabilitation, ist die Erfassung der Gesamtsituation des Rehabilitanden. Assessmentinstrumente stellen die Grundlage für eine Pflegeprozessplanung dar und helfen, Pflegeprobleme sowie Ressourcen zu identifizieren. Neben der klinischen Befundung können hierbei auch standardisierte Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente, standardisierte Interviews und Tests bzw. Assessments zur Beurteilung der Gesamtsituation des Rehabilitanden zum Einsatz kommen. Die Kenntnis der derzeit in der rehabilitativen Pflegepraxis verwendeten Verfahren ermöglicht den Teilnehmenden, das eigene diagnostische Arbeiten zu reflektieren und Anregungen für neue diagnostisch relevante Themen und Instrumente zu sammeln.

Inhalt

- Erhebungsmethoden in der Pflege (Beispiele siehe Handout)
 - Vor- und Nachteile?
 - Umsetzungsmöglichkeiten im Klinikalltag?
 - Gütekriterien?
 - Wirtschaftlichkeit?

Material

- Folien (siehe Seite 40)
- Handouts:
 - Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Verfahren und Instrumenten in der Pflege (siehe Seite 41)
 - Beispiele für Fragebögen, Anamnesebögen (Praxisbörse)

Hinweise zur Durchführung

Moderation, Diskussion

Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der Teilnehmenden mit Verfahren, die sie im rehabilitativen Alltag anwenden. Die Teilnehmenden können klinikeigene und bewährte standardisierte Erhebungsinstrumente vorstellen (Praxisbörse). Fehlende Methoden werden vom Referenten ergänzt (siehe Handout bzw. Folien).

Zeit circa 60 Minuten

Anmerkung

Wichtig ist, die Verfahren 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 Verhaltensbeobachtungen während pflegerischer Interventionen und im Rehabilitationsalltag, den medizinischen Untersuchungen und den Selbstangaben der Rehabilitanden spezifische Assessments der verschiedenen Berufsgruppen eine ergänzende Informationsquelle.

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

Austausch



- Welche (*standardisierten*) Erhebungsmethoden nutzen Sie in Ihrer klinischen Praxis?
- Welche Informationen dokumentieren Sie hiermit?

Assessmentinstrumente in der Pflege

Beispiele

- strukturierte Anamnese(*bogen*)
- Pflegediagnosen
- Barthel Index
- Verhaltensprotokolle
- strukturierte Verhaltensbeobachtung
- strukturiertes Expositionstraining
- MINI-ICF APP (*Linden, et al., 2015*)
- IRES-24 (*Frey, et al., 2007*)
- UKS-Ultrakurzscreening (*Küch, et al. 2011*)
- visuelle Analogskala
- numerische Ratingskalen
-

siehe Handout: Assessment

Handout: Kurzinformationen zu relevanten/möglichen Assessments und Instrumenten in der Pflege

Assessment	Kurzinformation
Strukturierte Anamnese(bogen)	Selbstausskunftsbogen oder Interviewleitfaden
Barthel Index	Verfahren zur Bewertung der alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten, dient dem systematischen Erfassen von Selbständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit
Verhaltensprotokolle	zur Erstellung einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Förderung der Selbstwahrnehmung und ggf. Adhärenz
Strukturierte Verhaltensbeobachtung	Erfassung von Verhalten in zuvor definierten Situationen (ggf. mit Ratingbogen)
Strukturiertes Expositionstraining	Konfrontation des Rehabilitanden mit aversiven Reizen
MINI-ICF-APP (Linden et al., 2015)	Erfassung der Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Funktionsstörungen
IRES-24 (Frey et al., 2007)	Selbstausskunftsbogen zur Erfassung des biopsychosozialen Rehabilitationsstatus
UKS-Ultrakurzscreening (Küch et al., 2011)	Selbstausskunftsbogen zur Erfassung der psychosozialen Belastung und des Psychotherapiebedarfs bei Schmerzpatienten
Visuelle Analogskala	Erfassung der subjektiven Schmerzstärke durch eine Linie, deren Endpunkte extreme Zustände darstellen, wie z. B. "kein Schmerz" und "unerträglicher Schmerz"
Nummerische Ratingskalen	eindimensionale metrische Skalen, mit deren Hilfe eine Intensität, etwa das Ausmaß von Schmerzen, anhand einer Zahlenfolge von zum Beispiel 0 (keine Intensität) bis 10 (stärkste Intensität) beurteilt werden kann
FIM (Funktionale Selbstständigkeitsmessung, Schulz & Standke, 2000)	funktionelle Einschränkungen von Patienten
HADS-D (Lingen et al., 2011)	Screening von Angst und Depression bei somatisch erkrankten Patienten
PHQ-4 (Löwe et al., 2010)	Screening von Angst und Depression bei somatisch erkrankten Patienten

Modul 2f: Beiträge der Pflege zur Leistungsbeurteilung

Seminareinheit 2

Themen

- das biopsychosoziale Modell der ICF in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF
- Beschwerdenuvalidierung
- Rollenverständnis: Helfer- und Gutachterrolle
- Kliniktransfer

Dauer der Seminareinheit

4 Zeitstunden und insgesamt 30 Minuten Pausenzeit

Zahl der Teilnehmenden

maximal 20

Zielgruppe

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die in der medizinischen Rehabilitation tätig sind

Leitung

- empfehlenswert sind 2 Referenten
- Qualifikationen: Berufsgruppe mit sozialmedizinischer Qualifikation, eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit Erfahrung in der medizinischen Rehabilitation

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 2f
- Arbeitsmaterialien/Handouts:
 - das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (ICF-Schema) (LZ 2.2)

- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF (LZ 2.2)
- Kleingruppenaufgaben (LZ 2.2 und LZ 2.4)

Allgemeine Ziele der Seminareinheit

Am Ende der zweiten Seminareinheit haben die Teilnehmenden ihre Kenntnisse vom biopsychosozialen Modell der Funktionsfähigkeit der ICF vertieft, kennen seine Bedeutung für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und können es zur Beschreibung von Rehabilitanden anwenden. Die Teilnehmenden können negative und positive Antwortverzerrungen bei Rehabilitanden benennen und haben einen Überblick über die Möglichkeiten der Beschwerdvalidierung im Reha-Team. Die Informationen zum Thema Rollenverständnis und Rollenkonflikte, die mit der helfenden und gutachterlichen Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung einhergehen können, sensibilisieren die Teilnehmenden für diese Problemstellung. Sie haben Ansätze zum Umgang mit diesen Konfliktsituationen gelernt.

Hinweise

Es empfiehlt sich, den zweiten Teil mit einer kurzen Einstiegs- und Begrüßungsrunde zu beginnen, um Fragen, Anmerkungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden, die sich aus dem Vortrag ergeben haben, in den Ablauf zu integrieren.

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

2.1 Das biopsychosoziale Modell der ICF in der sozial-medizinischen Leistungsbeurteilung

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mit Hilfe der ICF erläutern, dass Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen eine Rolle in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung spielen.

Begründung

Für die Beschreibung von gesundheitlichen Lebenssituationen dient die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als konzeptionelles Bezugssystem. Sie fördert damit eine gemeinsame Sprache aller im Gesundheitssystem tätigen Personen. Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Fähigkeiten eines Rehabilitanden von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der 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 und die Teilhabe am Arbeitsleben des Rehabilitanden beeinflussen. Die Vermittlung der Begrifflichkeiten soll die einheitliche Verwendung und das eindeutige Verständnis der Teilnehmenden unterstützen.

Inhalt

- Ziele und Grundbegriffe der ICF
 - Körperstrukturen und -funktionen
 - Fähigkeiten
 - Kontextfaktoren als Ressource und Barriere
 - Teilhabe
- Diskussion von Fallbeispielen mit Hilfe der ICF

Material

- Folien (siehe Seiten 46 - 47)

Hinweise zur Durchführung

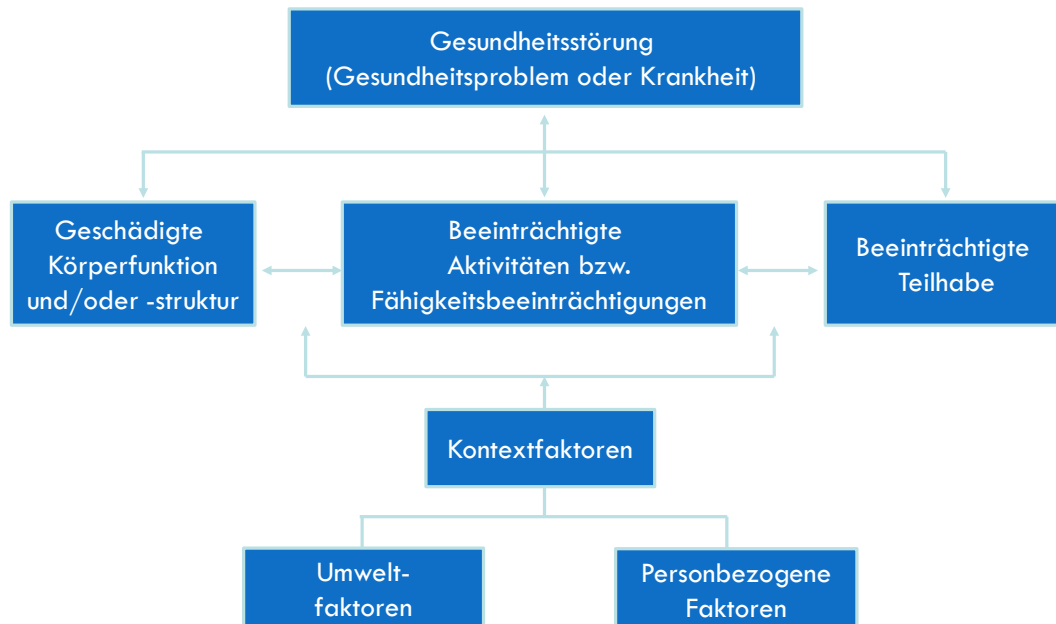
interaktiver Vortrag

Zeit circa 20 Minuten

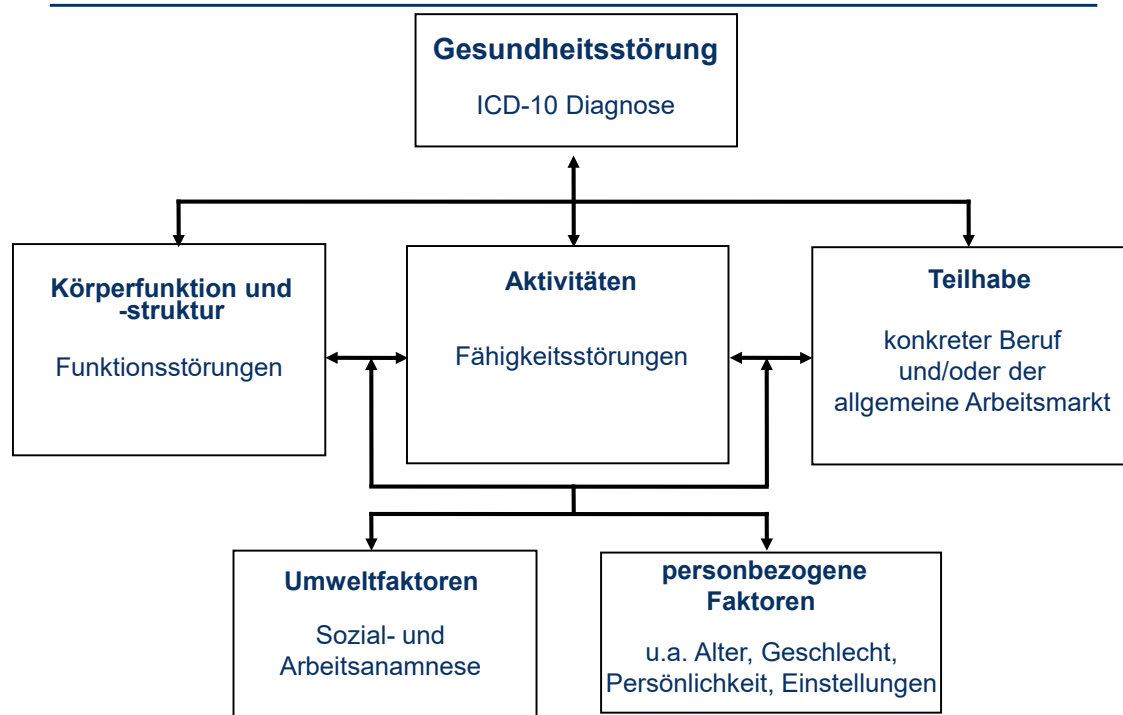
Anmerkung

Die Inhalte des Lehrzieles bauen auf den bereits theoretisch vermittelten Inhalten aus dem Modul 1 „Sozialmedizinische Grundlagen“ auf. Es besteht die Möglichkeit, Fragen der Teilnehmenden zum Thema zu vertiefen. Die Erarbeitung anhand der Praxisbeispiele kann dabei spielerisch gestaltet werden, in dem bei gleicher Funktions- und Fähigkeitsstörung der Einfluss variierender Kontextfaktoren erfragt wird, „Was würde sich in Ihrer Einschätzung ändern, wenn...“.

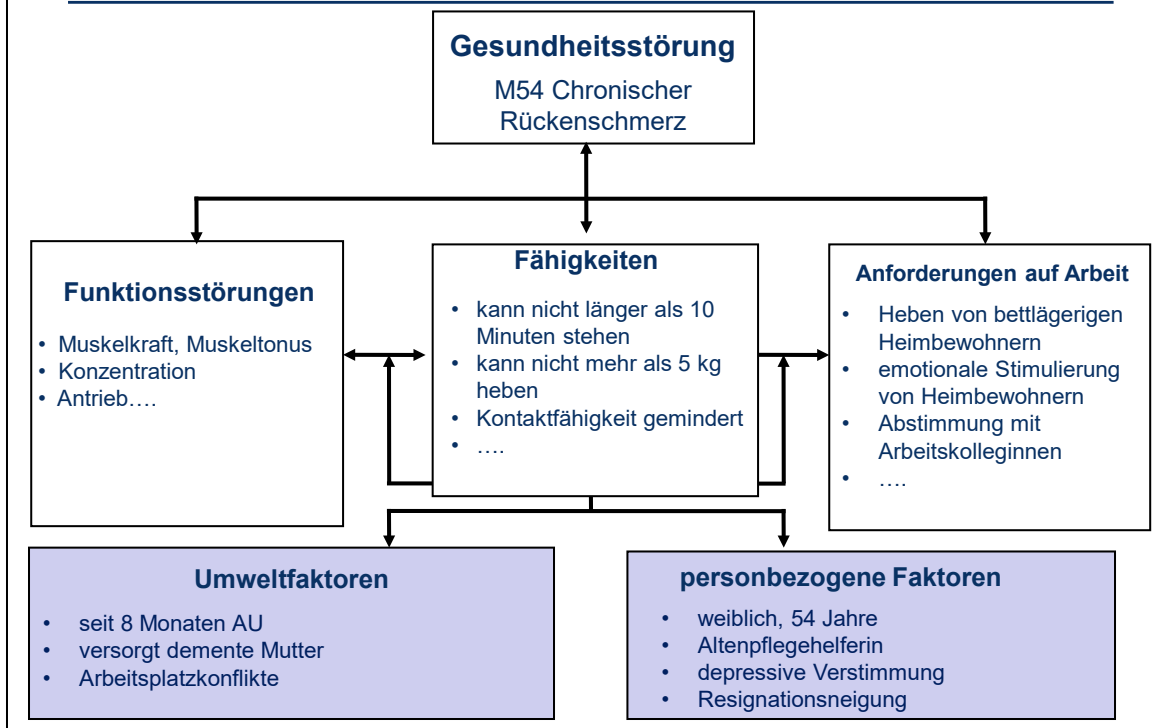
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



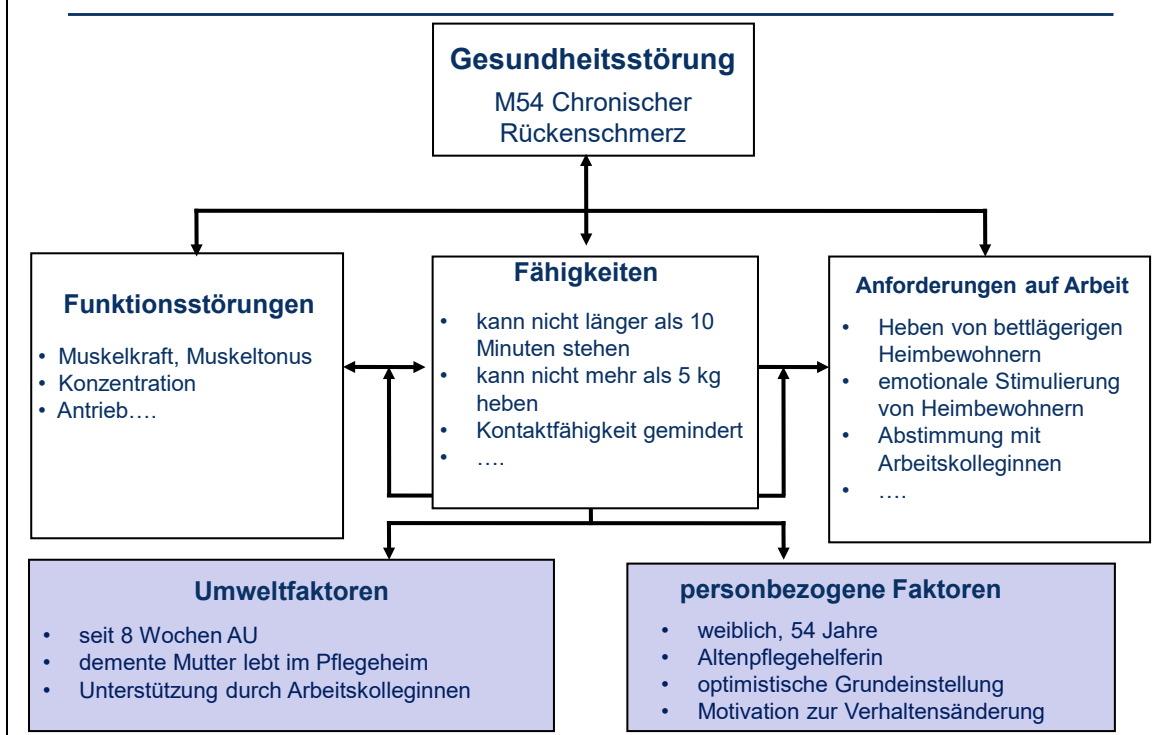
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung



Beispiel für Barrieren bei Kontextfaktoren



Beispiel für Ressourcen bei Kontextfaktoren



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

2.2 Fallarbeit mit dem biopsychosozialen Modell der ICF

Lehrziel

Die Teilnehmenden können mit Hilfe des biopsychosozialen Modells der ICF ein Fallbeispiel aus der Perspektive der Pflege erarbeiten.

Begründung

Die ICF bildet eine theoretische Grundlage für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der Rehabilitation. Mit der Erarbeitung von Fallbeispielen üben die Teilnehmenden die ICF basierte Befundung und die Beschreibung von kontextbezogenen Förderfaktoren und Barrieren. Die Diskussion und Beantwortung von Fragen und Unklarheiten stärkt die Handlungssicherheit der Teilnehmenden in Bezug auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Inhalt

- Anleitung zur Erstellung von Befunden mit dem biopsychosozialen Modell der ICF (Handout)
 - Beschreibung von Förderfaktoren und Barrieren in ihrer Auswirkung auf die Rückkehr ins Arbeitsleben
- Fallarbeit mit Hilfe der ICF

Material

- Handouts:
 - das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit (siehe Seite 50)
 - Aufgabenstellung Kleingruppe (siehe Folie Seite 49)
- Metaplanwände mit vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF

Hinweise zur Durchführung

Kleingruppenarbeit, Diskussion, Moderation

Es ist diesmal empfehlenswert, die Kleingruppenarbeit indikationsspezifisch durchzuführen. Jede Kleingruppe erhält eine Metaplanwand mit den vorbereiteten Kategorien des biopsychosozialen Modells der ICF. Die Teilnehmenden sollen ein sozialmedizinisch relevantes Fallbeispiel aus ihrer Reha-Praxis auswählen. Sie sollen zusammentragen, welche ICF-basierten Informationen sie vom Rehabilitanden benötigen und welche ICF-orientierten 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, welche Informationen sie zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen können und bei welchen Berufsgruppen sie fehlende bzw. zusätzliche Informationen eruieren können. Dafür erhalten die Teilnehmenden 30 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 Referierenden ein Abgleich mit den im Reha-Entlassungsbericht geforderten Informationen erfolgen (ca. 60 Minuten für die Fallvorstellungen und Diskussionen).

Zeit circa 90 Minuten

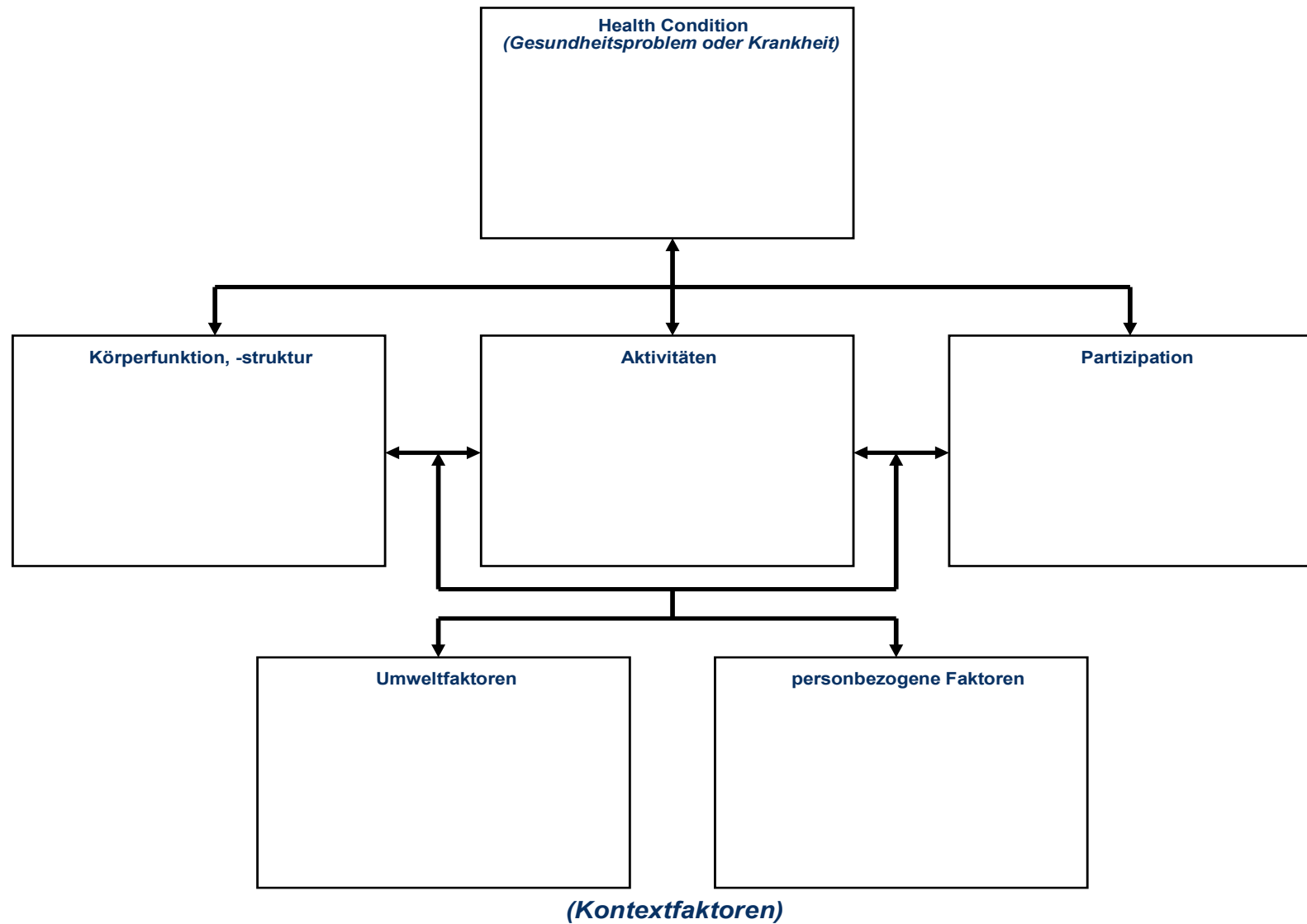
Kleingruppenarbeit (30 Minuten)

Aufgabe

- Erarbeiten Sie für Ihr Fallbeispiel das biopsychosoziale Modell an der Metaplanwand!
- Kennzeichnen Sie Förderfaktoren (+) und Barrieren (-)!
- Welche Fragen würden Sie dem Rehabilitanden aus pflegerischer Sicht stellen?
- Welche Informationen können zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung beitragen?
- Bei welchen Berufsgruppen müssen Sie hierzu fehlende Informationen erfragen?



Handout: Das biopsychosoziale Modell der Funktionsfähigkeit



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

2.3 Beschwerdenvalidierung

Lehrziel

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

Begründung

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

Inhalt

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

Material

- Folien (siehe Seiten 53 - 59)

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 aggravierern oder simulieren, fragen.

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

Zeit circa 30 Minuten

Anmerkungen

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

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 **unpräzise ausweichende Schilderung** der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und **fremdanamnestischen Informationen** (*einschließlich Aktenlage*)
- fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007



Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung

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

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

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

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*)

Quelle: Widder et al. AWMF-Leitlinie.2007

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, körperlicher Untersuchung, 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

Austausch



- Welche Erfahrungen haben Sie im Rahmen der Beschwerdvalidierung?
- Werden Sie zu Ihren Wahrnehmungen im Reha-Team gefragt?

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

2.4 Rollenverständnis in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Lehrziel

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

Begründung

Im Rehabilitationsprozess sind die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte auf der einen Seite als enge Bezugsperson der Rehabilitanden und auf der anderen Seite als Gutachter tätig, der die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden unterstützt. In der Rolle der Pflegekraft arbeiten sie gemeinsam mit dem Rehabilitanden und verfolgen das gemeinsame Ziel, die Gesundheitssituation positiv zu beeinflussen. In der Rolle des Gutachters muss auch die Pflegekraft 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 ihre Arbeit zu reflektieren. Die erarbeiteten Ansätze zu einem verbesserten Umgang mit solchen Situationen im Rehabilitationsalltag erhöhen die Handlungssicherheit der Teilnehmenden.

Inhalt

- Rollenverständnis – Konflikt zwischen Helfer- und Gutachter-Rolle?
 - Konsequenzen für die Pflegekraft in der Arbeit mit Rehabilitanden
- Helfer-Rolle
 - Funktionen des pflegerischen Gespräches
 - Rollenverständnis als Pflegekraft während der Rehabilitationsbehandlung
- Gutachter-Rolle
 - Rollenverständnis als Gutachter bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
 - Aufgaben des Gutachters bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Material

- Folien (siehe Seiten 62 - 63)

Hinweise zur Durchführung

interaktiver Vortrag (10 Minuten), Austausch in Kleingruppen (30 Minuten), ggf. Rollenspiel

Nach einer kurzen thematischen Einführung werden die Teilnehmenden in Kleingruppen à 5 - 6 Personen eingeteilt. Die Teilnehmenden sollen sich über eigene Erfahrungen mit dem Thema Rollenkonflikt austauschen und unangenehme Situationen aus dem Rehabilitationsalltag auswählen. Wie konnten diese Situationen gelöst werden? Wer unterstützt bei der Lösung?

Wenn genügend Zeit ist, können typische Problemstellungen in Kleingruppen erarbeitet und anschließend als kurzes Rollenspiel in der Großgruppe vorgestellt werden. Problemstellungen und Lösungsansätze können anhand dieser Beispiele diskutiert werden.

Zeit circa 70 Minuten

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 kann 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 Sie als Gruppe ein kurzes Rollenspiel vor.



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

2.5 **Fazit zum Seminar, Ziele und Inhalte des Moduls 3**

Lehrziel

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

Begründung

Die strukturierte Zusammenfassung der Inhalte ermöglicht 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 Seiten 65 - 66)

Hinweise zur Durchführung

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

Die Referenten fassen die Inhalte und die Ziele von Modul 2 „Beiträge der Pflege 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.

Wenn noch Zeit zur Verfügung steht, können Fragen des Kliniktransfers vertieft werden. Die Teilnehmenden können gemeinsam den Fragen „Was nehme ich von diesem Seminar für meinen klinischen Alltag mit? Wo besteht in meiner Klinik/meiner Berufsgruppe Handlungs- oder Schulungsbedarf? Wie kann ich ggf. die Fortbildung meiner Berufsgruppe durchführen? Was benötige ich hierzu als Unterstützung?“ nachgehen.

Teilnahmebescheinigungen und Evaluationsbögen werden verteilt.

Zeit circa 30 Minuten

Zusammenfassung von Modul 2

- Pflege in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Pflegeplanung
- Erhebungsmethoden
- Rolle des biopsychosozialen Modells der ICF für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Beschwerdvalidierung
- Rollenverständnis

Kliniktransfer

- Was nehme ich von diesem Seminar für meinen klinischen Alltag mit?
- Wo besteht in meiner Klinik/meiner Berufsgruppe Handlungs- oder Fortbildungsbedarf?
- Wie kann ich ggf. meine Berufsgruppe fortbilden?
- Was benötige ich hierzu an Unterstützung?
-

Termine und Inhalte

Termine

XXXX

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