

Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in RPK - Einrichtungen

1. Präambel

Leistungen zur Teilhabe haben für die (Wieder-) Eingliederung psychisch kranker und behinderter Menschen einen hohen Stellenwert¹. Sie haben die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern und Benachteiligungen entgegenzuwirken. Rehabilitation als gesellschaftliche Aufgabe ist unabhängig von der Schwere der Behinderung als Recht auf Teilhabe zu verstehen.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) bieten Leistungen zur Teilhabe an, für die die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger in Betracht kommt. Die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in RPK Einrichtungen wird als ganzheitlicher Vorgang verstanden, in dem die Teilaspekte der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in einem integrativen Prozess miteinander verknüpft sind. Damit wird den besonderen Belangen psychisch kranker und behinderter Menschen Rechnung getragen. Die RPK-Einrichtungen arbeiten auf der Grundlage der Empfehlungsvereinbarung RPK.

Teilhabeleistungen werden entsprechend der jeweiligen sozialgesetzlichen Grundlagen erbracht,

- von der Rentenversicherung, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern.
- von der Krankenversicherung, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- von der Agentur für Arbeit, um die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

RPK - Einrichtungen sind möglichst wohnortnahe Einrichtungen mit einem spezifischen therapeutischen Milieu, die Teilhabeleistungen als integrierte Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung vorhalten.

¹ Anmerkung:

Um den Sprachfluss nicht einzuschränken, wird i.d.R. die männliche Bezeichnung verwendet. Selbstverständlich beziehen sich die Ausführungen auch auf Rehabilitandinnen und Mitarbeiterinnen in Einrichtungen.

2. Gutachtenerstellung und Beantragung der RPK Maßnahme

Die Antragstellung erfolgt bei Indikation durch die potenziellen Teilnehmer. Dazu werden die RPK spezifischen Formulare verwendet.

Das zum Antrag gehörige fachärztliche psychiatrische Gutachten/ Stellungnahme wird in freier Berichtsform erstellt und basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Im fachärztlichen Gutachten wird zu folgenden Bereichen Stellung genommen:

- psychiatrische Diagnose nach ICD 10-GM,
- Krankheitsvorgeschichte,
- schulische und berufliche Vorgeschichte,
- aktueller psychopathologischer Befund,
- Motivation und Lebensplanung,
- Indikation,
- Eignung, Prognose und erste Überlegungen zu möglichen individuellen Zielen.

Das fachärztliche psychiatrische Gutachten/ Stellungnahme wird mit dem Rehabilitationsantrag des Betroffenen dem zuständigen Leistungsträger zur Entscheidung vorgelegt. Nach einer Zusage des Leistungsträgers kann die Leistung durchgeführt werden.

3. Medizinische Rehabilitation: Plan, Fortschreibung und Abschluss

3.1 Individueller Rehabilitationsplan in der medizinischen Rehabilitation.

Aufbauend auf den oben beschriebenen Vorklärlungen und den Ergebnissen vorausgegangener therapeutischer Behandlungen (z.B. stationäre psychiatrische Behandlungen, tagesklinische Behandlungen, ambulante Psychotherapie) wird mit jedem Rehabilitanden ein individueller Rehabilitationsplan entwickelt. Es ist wünschenswert, dass dieser vom Rehabilitanden gegengezeichnet wird. Dieser wird laufend in enger Kooperation mit dem jeweils zuständigen Leistungsträger fortgeschrieben und bei Bedarf modifiziert. Die jeweils individuellen Fördernotwendigkeiten werden formuliert, Wechselwirkungen zwischen dem rehabilitativen Prozess und anderen Lebensbereichen erkundet, die notwendigen therapeutischen Schritte und Maßnahmen erarbeitet und eingeleitet.

Alle notwendigen Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Bewältigung des Krankheitsprozesses, zur Aktivierung, zur selbstständigen Lebensführung, zur körperlichen und psychischen Stabilisierung und zur Hinführung zu beruflichen Maßnahmen werden situations- und maßnahmebezogen trainiert.

Die Förderung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit und die Verminderung von Behinderung und Behinderungsfolgen sind Ziele der medizinischen Rehabilitation. Zum Gesundungs- und Stabilisierungsprozess gehört die Planung und Vorbereitung zur gesellschaftlichen Integration durch Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft ebenso wie die Förderung von selbstbestimmter Lebensführung. Rehabilitation und Integration sind untrennbar miteinander verknüpft.

3.2 Abschluss der medizinischen Rehabilitation

Am Ende der Leistungen erstellt die Rehabilitationseinrichtung spätestens innerhalb von 2 Wochen einen Bericht über den Verlauf der Leistungen.

Schwerpunkte sind:

- Rehabilitationsbegründende Diagnosen,
- Rehabilitationsergebnis mit Empfehlungen für weitere Leistungen,
- sozialmedizinische Beurteilung und Prognose für die Durchführung beruflicher Rehabilitation
- durchgeführte rehabilitativ - therapeutische Leistungen.

Wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind, wird rechtzeitig vor Ablauf der Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation ein Antrag bei dem zuständigen Leistungsträger gestellt (ausführlich dazu siehe Punkt 4.1.).

4. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Antrag, Plan, Fortschreibung und Abschluss

4.1 Individueller Rehabilitationsplan in der beruflichen Rehabilitation

Auf der Basis der Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation wird mit Beginn der beruflichen Rehabilitation von der Rehabilitationseinrichtung gemeinsam mit den Rehabilitanden der individuelle Rehabilitationsplan fortgeschrieben und um einen mit den Trägern abgestimmten individuellen beruflichen Rehabilitationsplan ergänzt. Dieser wird laufend weiterentwickelt und angepasst.

Bei der Beantragung der –Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben RPK werden im Sinne einer größtmöglichen Transparenz die Teilnehmer auf die Zusammenarbeit von Einrichtung, Leistungsträger und Arbeitsverwaltung in ihren unterschiedlichen Formen wie Berichten und Fachausschusssitzungen informiert.

Zur Klärung der Motivation und Mitwirkung der Rehabilitationsteilnehmer sollte schon bei der Erstellung des Rehabilitationsplans eine Zielvereinbarung, nach Möglichkeit auch schriftlich, abgeschlossen werden.

Auf Grund krankheitsimmanenter Probleme mit Selbsteinschätzung und Realitätswahrnehmung wird diese Zielvereinbarung in manchen Fällen aber erst während des Rehabilitationsprozesses eine umsetzbare Gestalt annehmen können. Sie muss daher korrigierbar sein.

Erste schriftliche Skizzierungen des Rehabilitationsplans und der damit verbundenen Zielvereinbarungen werden mit der schriftlichen Stellungnahme zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgehalten. Die Rehabilitanden zeichnen diesen Antrag möglichst gegen.

Einen Schwerpunkt in der Planung der Leistungen bilden betriebliche Praktika in Kooperation mit der RPK Einrichtung und ihre therapeutische Begleitung.

4.2 Integrationskonzept der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Integrationsvorbereitung und -planung ist wesentlicher Bestandteil der Gesamtmaßnahme. Alle notwendigen Fertigkeiten und Techniken, die für Bewerbung, Stellensuche und Arbeitnehmertätigkeit erforderlich sind, werden situations- und maßnahmebezogen trainiert. Die Trainingsinhalte werden durch die jeweiligen Grundkenntnisse und die individuellen Rehabilitationsziele bestimmt.

Die Integration in den Arbeitsmarkt, ggf. durch weiterführende berufliche Bildungsmaßnahmen, ist das Ziel der beruflichen Rehabilitation. Soweit die Integration in das Arbeitsleben während der Phase der beruflichen Rehabilitation noch nicht abschließend erreicht werden kann, muss die angestrebte Integration rechtzeitig unter Einschaltung geeigneter Hilfen des jeweils zuständigen Leistungsträgers vorbereitet werden.

Über den aktuellen Stand der Integrationsvorbereitung und zur Einleitung von Vermittlungsbemühungen berichten die Einrichtungen den zuständigen Leistungsträgern rechtzeitig vor Abschluss der Leistungen.

4.3 Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Am Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erstellt die Rehabilitationseinrichtung innerhalb von 2 Wochen nach Abschluss der Leistung einen Bericht über den Verlauf und das Ergebnis.

Einen Schwerpunkt bilden sozialmedizinische Aussagen zur Erwerbsfähigkeit, zu Voraussetzungen einer möglichst langfristig erfolgreichen beruflichen Eingliederung und zu dem tatsächlichen Stand der beruflichen und sozialen Integration.

Wesentliche Bestandteile des Abschlussberichts sind weiterhin Aussagen, inwieweit weiterführende Qualifikationsmaßnahmen wie Ausbildung, Umschulung oder Fortbildungen angeschlossen werden sollen. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn der Ursprungsberuf krankheits- bzw. behinderungsbedingt nicht mehr ausgeübt werden kann, bisher kein Berufsabschluss erreicht werden konnte und bei Vorliegen einer weiteren Rehabilitationsnotwendigkeit infolge der psychischen Erkrankung eine weiterführende Qualifizierung für eine langfristige Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgsversprechend erscheint.

Sofern keine nahtlose Arbeitsaufnahme zu erwarten ist, wird zum Zwecke einer erfolgsversprechenden anschließenden Arbeits- und Ausbildungsvermittlung die Agentur für Arbeit ebenfalls über das Maßnahmeergebnis informiert.

5. Dokumentation und Berichtswesen

5.1 Medizinische Rehabilitationsphase

Zwischenberichte und Verlängerungsanträge der medizinischen Rehabilitation werden in freier Berichtsform abgefasst, um den komplexen Rehabilitationsprozessen gerecht zu werden. Der Entlassungsbericht erfolgt - mit Anpassungen für den RPK Bereich - entsprechend den Anforderungen der Rentenversicherungsträger an den ärztlichen Entlassungsbericht. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Hinblick auf die Prognose zur Erwerbsfähigkeit und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt in freier Berichtsform. Die endgültige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit kann abschließend erst am Ende der Gesamtmaßnahme RPK erfolgen.

Die Einrichtung stellt in einer teilnehmerbezogenen Verlaufsdokumentation die Transparenz der wesentlichen Rehabilitationsprozesse sicher, um z.B. im Vertretungsfall eine qualifizierte Fortführung der Betreuung zu gewährleisten. (siehe auch Pkt. 6.2)

5.2 Berufliche Rehabilitationsphase

Die Leistungsträger werden in Form von regelmäßigen Stellungnahmen und gegebenenfalls in Fachausschusssitzungen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen über den individuellen Rehabilitationsverlauf, die jeweiligen Rehabilitationsziele und die Ergebnisse unterrichtet.

Die berufliche Integrationsplanung wird über den gesamten Verlauf der Rehabilitation in enger Kooperation mit dem Leistungsträger, der örtlichen Agentur für Arbeit und den jeweiligen Betrieben fortgeschrieben.

Sowohl bei Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch im Berichtswesen ist eine freie Berichtsform zulässig, um den komplexen Rehabilitationsprozessen gerecht zu werden und den Leistungsträgern und weiter vermittelnden Stellen ein individuelles Leistungsbild zu vermitteln.

Entsprechend dem methodischen Konzept der jeweiligen Einrichtung können in die freie Berichtsform Ergebnisse standardisierter diagnostischer Verfahren wie MELBA in einer verkürzten Form (für die Grundarbeitsfähigkeiten) und ICF (für Aussagen über Ressourcen und Defizite vor allem in den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe) in den Bericht einfließen.

6. Qualitätsfördernde Rahmenbedingungen

Qualitätssicherung in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK) orientiert sich an der „Gemeinsamen Rahmenempfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ der BAR, die am 1.7.2003 in Kraft trat. Dabei werden Rahmenbedingungen und Verfahren in Anpassung an den RPK-Bereich wie folgt spezifiziert.

6.1 Strukturdokumentation

Zur Beurteilung der Strukturqualität beschreibt die Rehabilitationseinrichtung neben ihren Ressourcen das personelle, fachliche, methodische und organisatorische medizinische und berufliche Konzept zur Rehabilitation. In dieser konzeptionellen Leistungsbeschreibung findet die regionale Ausgestaltung der Einrichtung besondere Berücksichtigung.

Standardisierte Strukturhebungen als Instrument der externen Qualitätssicherung müssen die konzeptionellen Besonderheiten der RPK-Einrichtungen berücksichtigen.

6.2 Prozessdokumentation

Zur Beurteilung der Prozessqualität wird der Rehabilitationsprozess in den Verlaufsberichten und in den Abschlussberichten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dokumentiert. In der medizinischen Rehabilitation erfolgt der ärztliche Zwischenbericht in freier Berichtsform, der ärztliche Entlassungsbericht orientiert sich am einheitlichen Entlassungsbericht der Rentenversicherung.

In enger Abstimmung aller Verhandlungspartner wird eine Beschreibung der rehabilitativen und therapeutischen Leistungen in der RPK - Einrichtung entwickelt. Sie gibt die wesentlichen RPK - Leistungen wieder und ermöglicht eine Transparenz des jeweiligen Leistungsgeschehens.²

6.3 Ergebnisdokumentation

Zur Beurteilung der Ergebnisqualität werden die Prozessergebnisse, das erreichte individuelle Leistungsprofil, die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und die entsprechenden Empfehlungen der Einrichtung individuell im Abschlussbericht der Rehabilitationsleistung ausgewertet und an den zuständigen Leistungsträger weitergegeben.

Die Einrichtung führt teilnehmerbezogene Datenerhebungen und Auswertungen zu Maßnahmeergebnissen auf der Grundlage der zur Zeit durchgeführten bundesweiten Datenerhebung durch.

Es werden medizinische und soziodemographische Daten der Teilnehmer bei Aufnahme, maßnahmebezogene Verlaufsdaten und die Ergebnisse der Rehabilitationsleistung erhoben und anonymisiert und kumuliert ausgewertet.

² Dieser Punkt sollte im Arbeitsausschuss BAG RPK eingebracht und diskutiert werden

7. Weitere qualitätssichernde Maßnahmen

7.1 Internes Qualitätsmanagement

Die Einrichtung baut ein internes Qualitätsmanagement auf, das die Problemerkennung und Weiterentwicklung fördert. Aufwand und Nutzen der Verfahren sollten dabei im Verhältnis stehen und der Größe der Einrichtung angemessen sein.

Die Rückmeldungen der Nutzer der Einrichtung bilden einen wesentlichen Faktor für die Qualitätsentwicklung der Einrichtung. Hierzu führt die Einrichtung Nachbefragungen zum Erfolg der Rehabilitationsleistung und zur Zufriedenheit der Teilnehmer z.B. auf Grundlage der kontinuierlich durchgeführten bundesweiten Datenerhebung (der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen – BAG RPK) oder vergleichbaren Verfahren durch.

Interne Qualitätszirkel in interdisziplinärer Zusammensetzung arbeiten zu Fragestellungen wie Dokumentation, Konzeptentwicklung, Nachbetreuung, Aufnahmekriterien u.a., um zu einrichtungsinternen Problemen und Aufgabenbereichen Lösungen zu erarbeiten.

Externe Qualitätszirkel mit anderen Rehabilitationseinrichtungen sichern die gebotene Fachlichkeit innerhalb der Einrichtung. Konzepte und Methoden werden verglichen und weiterentwickelt und stellen sich der fachlichen Diskussion außerhalb der Einrichtung.

Die Einrichtung sorgt für die fortlaufende Qualifizierung der Mitarbeiter in Form externer und interner Fortbildungsveranstaltungen und regelmäßiger Supervision. Hierdurch wird sowohl die Fachlichkeit als auch Effizienz des Rehabilitationsangebots gewährleistet.

7.2 Externe Qualitätssicherung

Die Einrichtung ist entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 135a, § 137d SGB V / § 20 SGB IX) und Rahmenempfehlungen verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Die dafür zu verwendenden Instrumente der Leistungsträger werden in Zusammenarbeit mit allen RPK - Einrichtungen entwickelt und auf ihre Anwendbarkeit auf den RPK-Bereich überprüft. Die Beurteilung und Weiterentwicklung der Qualität wird in den Ländern mit den jeweiligen Leistungsträgern abgestimmt.

8. Datenschutz

Die Rehabilitationseinrichtung verpflichtet sich, die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der § 35 SGB I i.V.m. §§ 67 ff SGB X über die Erhebung und Verwendung von Sozialdaten werden hierbei von der jeweiligen Einrichtung beachtet. Sie informiert die Teilnehmer darüber, dass personenbezogene Daten erhoben, gespeichert und an den Rehabilitationsträger übermittelt werden. Dabei werden nur solche Daten erhoben und verarbeitet, die für die Durchführung von Leistungen oder zur Erreichung des Maßnahmezieles erforder-

lich sind. Personenbezogene Daten der Teilnehmer dürfen ohne deren Einverständnis nicht Personen oder Institutionen außerhalb der Rehabilitationsträger bekannt gegeben werden. Hierfür haftet die Einrichtung auch für Ihre Mitarbeiter und Beauftragten (vgl. § 78 SGB X).

9. In-Kraft-Treten

Diese Vereinbarung tritt amin Kraft

Die Vereinbarungspartner prüfen in Zeitabständen von ca. 2 Jahren, ob die Vereinbarung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden gemeinsamen Vereinbarung mitzuwirken.