

Implementierung von MBOR in der Neurologischen Rehabilitation mithilfe von Experteninterviews in der Erprobungsphase

Neurol Rehabil 2015; 21(3): 146–154
© Hippocampus Verlag 2015

A. Heßling¹, I. Brandes², T. Leniger^{1,3}

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Implementierung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) stellt für neurologische Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der heterogenen Störungsbilder der Rehabilitanden und des dafür notwendigen multiprofessionellen Rehabilitationsansatzes eine besondere Herausforderung dar. Bisher publizierte MBOR-Konzepte in der Neurologie geben nur wenig Aufschluss über die Resonanz des Rehabilitationsteams. Vorgestellt wird die Implementierung eines MBOR-Konzepts, dessen Erprobungsphase mit Experteninterviews beteiligter Professionen begleitet wurde.

Methoden: Mithilfe von vier Experten- und zwei Gruppeninterviews wurden hemmende und fördernde Faktoren hinsichtlich Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene bei der Umsetzung eines MBOR-Konzepts ermittelt. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Als wesentliche hemmende Aspekte konnten der hohe Entwicklungs- und Implementierungsaufwand, die aufwendige Identifikation des MBOR-Rehabilitanden, die Belastung des Rehabilitanden bei Aufnahme, eine ausreichend bedürfnisgerechte Rehabilitation und mögliche Konfliktkonstellationen mit externen Qualitätssicherungen identifiziert werden. Als förderlich erwiesen sich eine umfangreiche EDV-Ausstattung, die Vermeidung von Parallelprozessen und -strukturen, der multiprofessionelle Aufnahmeprozess, die Fokussierung auf ein gemeinsames MBOR-Ziel und eine höhere Effizienz der Behandlung.

Schlussfolgerung: Die Experteninterviews offenbarten einen hohen Implementierungsaufwand für ein neurologisches MBOR-Konzept und eine aufwendige Zielgruppen-Identifikation als zentrale Herausforderung. Jedoch wurde die Grundidee des Konzeptes als lohnenswert erachtet. Der Einbezug der Mitarbeiter mittels der Interviews konnte eine hohe Akzeptanz des Konzeptes im Rehabilitationsteam erreichen.

Schlüsselwörter: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Neurologische Rehabilitation, besondere berufliche Problemlage, Konzeptimplementierung

*1 Dr. Becker Neurozentrum
Niedersachsen, Bad Essen*

*2 Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule
Hannover*

*3 Klinik und Poliklinik für
Neurologie, Universität Duisburg-
Essen*

Einleitung

Aufgrund des demographischen Wandels mit steigendem Renteneintrittsalter ist in Zukunft von einem höheren Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auszugehen [13]. Positive Effekte auf den Erhalt des Leistungsvermögens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind durch Rehabilitationsmaßnahmen belegt [9]. Kontrollierte Studien konnten für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) eine höhere Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen mit medizinisch-beruflicher Orientierung belegen [1, 2, 3, 4, 28, 31].

Vor diesem Hintergrund formulierte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ein »Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation« (MBOR) [10], dessen Umsetzung durch die Entwicklung klinikeigener MBOR-Konzepte bereits in zahlreichen Rehabilitationseinrichtungen mit überwie-

gend orthopädischer Indikation stattgefunden hat [5]. Diese Rehabilitationsstrategie verfolgt einen gezielten Arbeits- und Berufsbezug während des gesamten Rehabilitationsprozesses, indem der Einsatz von Screeninginstrumenten der Identifizierung und gezielten Zuweisung von Rehabilitanden mit BBPL dient und die Inhalte der Rehabilitation das aktuelle Leistungsvermögen im Abgleich mit dem beruflichen Anforderungsprofil fokussiert [7, 18, 30].

Der Anteil der Bewilligungen zur medizinischen Rehabilitation mit einer Zuweisungsdiagnose aus dem Gebiet der neurologischen Erkrankungen betrug im Jahr 2009 nur 4% aller Rehabilitationsmaßnahmen im Auftrag der DRV. Neurologische Erkrankungen machten jedoch im gleichen Jahr 11,2% aller Neuzugänge bei den Erwerbsminderungsrenten aus [12]. Durchschnittlich kehren 42–53% der Patienten nach Schlaganfall an den Arbeitsplatz zurück, wobei 23% davon Anpassungen bei Arbeitszeiten, -spektrum und -umfang benötigen [27].

33–44% der MS-Betroffenen und etwa 38% der Betroffenen mit akut-entzündlichen Polyneuropathien werden frühberentet [16, 26]. Insofern ist davon auszugehen, dass jeder zweite neurologische Rehabilitand eine BBPL aufweist [10].

Die Komplexität und die Heterogenität neurologischer Störungsbilder erfordern einen möglichst individuellen, multiprofessionellen und -modalen Rehabilitationsansatz, um einen Ausbau der berufsbezogenen Perspektive innerhalb der Rehabilitation und eine frühzeitige Identifizierung beeinflussender Faktoren zu erreichen [32]. Dabei wird interdisziplinären Teammodellen eine bessere Wirksamkeit hinsichtlich der Zusammenarbeit und tendenziell auch des Teamerfolgs bescheinigt [15].

Bisher publizierte MBOR-Konzepte in der Neurologie geben wenige Rückschlüsse auf ihre Entwicklung und Implementierung. Zudem weisen sie unterschiedliche Prozessabläufe sowie inhaltliche Ausgestaltungen auf [8, 21, 24, 25]. Somit liegen bisher keine Veröffentlichungen zu den Herausforderungen für eine neurologische Rehabilitationseinrichtung bei der Entwicklung und Implementierung eines MBOR-Konzepts vor dem Hintergrund der besonderen Bedürfnisse neurologischer Rehabilitanden, der Kostenneutralität und der klinikinternen Struktur- und Prozessmerkmale vor. Im Folgenden wird daher die Einführung eines MBOR-Konzepts am Beispiel einer stationären neurologischen Rehabilitationseinrichtung beschrieben. Ziel ist es, neben der Entwicklung eines effektiven patientenorientierten Konzepts eine möglichst hohe Akzeptanz des Konzepts im Rehabilitationsteam zu erreichen.

Folgende Fragestellungen wurden im Rahmen der Untersuchung bearbeitet:

- Welche hemmenden und welche fördernden Aspekte werden seitens der Mitarbeiter bei der Umsetzung des MBOR-Anforderungsprofils der Rentenversicherung in einer neurologischen Rehabilitationsklinik auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erwartet?
- Welche Empfehlungen lassen sich für die Umsetzung klinikeigener MBOR-Konzepte in der neurologischen Rehabilitation aus den Ergebnissen ableiten?

Methode

Die Implementierung des MBOR-Konzepts erfolgte im Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung verfügte die Klinik über insgesamt 86 Betten, davon 5 Betten in der BAR-Behandlungsphase B, 35 Betten in der Phase C und 46 Betten in der Phase D.

Nach Erstellung des Konzepts durch den Chefarzt (Facharzt für Neurologie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen) und einer Rehakordinatorin (B.A. Pflegewissenschaft, cand. Magistra Public Health) erfolgte im Zeitraum Oktober 2013 bis September 2014 die Erprobungsphase.

Implementation of a work-related medical rehabilitation concept supported by interviews with rehabilitation professionals during the trial phase

A. Hefling, I. Brandes, T. Leniger

Background: Implementing the standard of work-related medical rehabilitation (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR) in neurological rehabilitation clinics is especially challenging due to the heterogeneous clinical symptoms of neurological patients. Therefore, a multiprofessional rehabilitation approach is needed. None of the published research on MBOR-concepts includes feedback from the rehabilitation team. The present study describes the implementation of an MBOR-concept supported by interviews with rehabilitation professionals during the trial phase.

Method: Four individual and two group interviews with experts were used to identify barriers and supporting aspects related to the dimensions of structure, process and outcome during the trial phase. The interviews were analysed using qualitative analysis of content.

Results: The costs associated with the additional time and personnel necessary for developing and implementing the concept, the complex process of identifying rehabilitants with extensive work-related problems, the risk of overloading the rehabilitants during admission to the clinic, an adequate needs-led rehabilitation, and potential conflicts in the requirements of external quality assurance were identified as barriers. Extensive IT-equipment, the retention of pre-existing processes and structures, the multiprofessional admission process, focusing a shared MBOR-aim and a higher efficiency of treatment were identified as supporting aspects.

Conclusion: Expert and group interviews during the trial revealed an extensive concept implementation phase of MBOR in a neurological rehabilitation clinic and the complex identification process of MBOR-rehabilitants was found to be a key challenge. However, the aim of the concept was judged as effective and involving the staff members through interviews as expert informants led to a high acceptance of the MBOR-concept in the team.

Keywords: work-related medical rehabilitation, neurological rehabilitation, extensive work-related problems, concept implementation

Neurol Rehabil 2015; 21(3): 146–154
© Hippocampus Verlag 2015

Während dieser Erprobungsphase wurden hemmende und fördernde Aspekte bei der Umsetzung des Konzepts mittels Experten- und Gruppeninterviews mit Mitarbeitern des NZN erhoben. Die Experteninterviews fanden jeweils einzeln mit dem Chefarzt, einer Diplom-Psychologin, dem Therapieleiter (Sportwissenschaftler) sowie einer Diplom-Sozialarbeiterin statt. Ergänzend wurden zwei Gruppeninterviews, eines mit den Abteilungsleitern für Physio- und Ergotherapie (n=2), ein weiteres mit dem ärztlichen Team, bestehend aus einer Oberärztin (Fachärztin für Innere Medizin) und einer Rehakordinatorin (Diplom Pflégewirtin), durchgeführt.

Die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgte unter Berücksichtigung ihrer bisherigen Einbindung in die Umsetzung des MBOR-Konzepts. Alle Interviewteilnehmer waren zum Zeitpunkt ihrer Teilnahme seit mindestens 12 Monaten in der Klinik beschäftigt und hatten währenddessen regelmäßig Rehabilitanden der Rentenversicherung behandelt bzw. waren an ihrer Betreuung beteiligt gewesen. Auf eine Vorbereitung oder Information der Interviewteilnehmer durch die Klinikleitung wurde verzichtet, um sicherzustellen, dass die Interviewteilnehmer die Datenerhebung nicht als Kontrolle ihrer Arbeit verstehen.

Die Interviewleitfäden wurden sukzessive entwickelt, d.h. gewonnene Erkenntnisse aus den vorangegangenen Interviews gingen in die Leitfäden für die nachfolgenden Interviews ein [23]. Ziel des ersten Interviews war es zu erfahren, welche Vorgaben seitens der Deutschen Rentenversicherung eine besondere Herausforderung bei der Entwicklung des MBOR-Konzepts für das NZN darstellten. Aus diesen Erkenntnissen wurden dann die weiteren Interviewleitfäden mit dem Ziel entwickelt, die hemmenden und fördernden Aspekte bei der Umsetzung dieses individuellen Konzepts zu identifizieren. Inhaltlich waren die Interviewleitfäden eng an der Forschungsfragestellung ausgerichtet. Die Gliederung berücksichtigte einerseits die Abgrenzung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene und andererseits die Inhalte des MBOR-Anforderungsprofils.

Das methodische Vorgehen bei den ergänzenden Gruppeninterviews mit den therapeutischen Abteilungsleitern und dem ärztlichen Team erfolgte analog zu dem der Experteninterviews. Ziel der Gruppeninterviews war die Präzisierung und die Validierung der Erkenntnisse der Experteninterviews.

Die zwischen 30 und 75 Minuten dauernden Interviews wurden nach mündlicher informierter Einwilligung durch die Teilnehmer digital aufgezeichnet und gemäß den Transkriptionsregeln nach Flick niedergeschrieben [11]. Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse von Udo Kuckartz als Konkretisierung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Der Hauptgrund für die Wahl dieser Auswertungsmethode bestand in der Kombination deduktiver und induktiver Kategorienbildung sowie in der Möglichkeit, das Analyseverfahren nicht nur auf leitfadensorientierte Einzelinterviews, sondern auch auf Gruppeninterviews anwenden zu können [17]. Die Inhalte der Interviews wurden den deduktiven Hauptkategorien Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene sowie den teils induktiv, teils deduktiv entwickelten Subkategorien zugeordnet.

Um alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen in die Weiterentwicklung des Konzepts zu integrieren, fand eine Gruppendiskussion mit sieben Pflegekräften statt, welche einer ersten explorativen Erhebung möglicher pflegerischer Aufgaben im Rahmen des MBOR-Konzepts diente. Die Teilnehmer erstellten zunächst eine Liste aller pflegerischen Aufgaben, die bei Phase D-Rehabilitanden verrichtet werden. Anschließend wurden die Ergebnisse diskutiert und bezüglich ihrer möglichen Relevanz bei der Rückkehr des Rehabilitanden an den Arbeitsplatz differenziert. Die Ergebnissicherung erfolgte mittels Meta-Plan-Karten.

Unter Berücksichtigung der Interviewergebnisse konnte nach Anerkennung des Konzepts durch die DRV Braunschweig-Hannover die MBOR im NZN ab Oktober 2014 offiziell beginnen.

Ergebnisse

MBOR-Konzept

Entsprechend bestehenden Therapiemodulen wurde das MBOR-Konzept als ein MBOR-Modul in dem digitalen Verordnungsmanager für die ärztlichen Mitarbeiter des NZN angelegt. Die Therapiemodule im NZN sehen eine organisatorische Standardisierung und automatische Einplanung bestimmter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmenpakete im Therapieplan des Rehabilitanden vor. Sie stellen weniger eine Standardisierung der inhaltlichen Gestaltung dar.

Vor dem Hintergrund einer raschen Integration des Rehabilitanden in den Rehabilitationsablauf und einer möglichst sensitiven Identifikation einer BBPL durchlaufen alle Rehabilitanden der DRV Braunschweig-Hannover innerhalb der ersten drei Tage das Screening für eine BBPL, das Bestandteil des MBOR-Moduls ist. In diesem Zusammenhang erhält jeder Rehabilitand der DRV Braunschweig-Hannover zusätzlich zu dem Phase D-»Standard«-Rehabilitationsprozess am Aufnahmetag das »Screeninginstrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich orientierten Maßnahmen« (SIMBO-C), das bei Rehabilitanden in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung auf eine mögliche BBPL hinweisen kann [29]. Die Skala wird entweder allein oder bei Bedarf mit Unterstützung bis Tag 2 ausgefüllt, beim ärztlichen Team abgegeben und dort in die elektronische Patientenakte eingegeben.

Kernstück des MBOR-Moduls ist ein 60-minütiges Gespräch des Psychologen mit dem Rehabilitanden, das spätestens am dritten Tag stattfindet. Ziel ist die Identifikation einer möglicherweise vorliegenden BBPL (Arbeitsplatzanalyse, Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils, Kontextfaktoren). Im Anschluss erfolgen eine Rücksprache mit dem aufnehmenden Arzt, die ärztliche Festlegung des definitiven Bedarfs einer MBOR für den Rehabilitanden und ggf. eine störungsbildadaptive Anpassung des Therapieplans über den Verordnungsmanager (**Abb. 1**).

Der Therapieplan umfasst MBOR-spezifische und -unspezifische Maßnahmen aus den Bereichen Funktionales Training, Sozialdienst, kognitives Training, psychologische Therapie sowie umfangreiche Testungen. Der Umfang der ausgewählten Therapien wird dem Arzt im Verordnungsmanager durch ein Controlling zurückgemeldet, wobei die angestrebten 100% Therapieverordnungen sechs Therapien à 30 Minuten pro Tag bedeuten. Diese sollen sich entsprechend der klinikinternen Phase D-»Standard«-Rehabilitation auf 30% Einzeltherapien und 70% Gruppentherapien aufteilen. (**Abb. 2**).

Bei klinisch-anamnestisch nicht erkennbarer BBPL wird der Rehabilitand der Phase D-»Standard«-Rehabilitation zugeführt.

Ergebnisse der Experteninterviews in der Erprobungsphase

Strukturebene

■ **Rehabilitandenkollektiv:**

Die Interviewteilnehmer berichteten, dass das Rehabilitandenkollektiv der Neurologie durch heterogene Störungsbilder und eine Vielzahl an beruflichen Anforderungsprofilen geprägt war, welche eine schematische Lösung zur Umsetzung des Anforderungsprofils nicht zuließen und den aufwendigen Prozess zur Identifizierung einer BBPL erklärten.

■ **Mitarbeiter:**

Die Umsetzung des Konzepts machte eine Aufstockung des Personals insbesondere im Bereich der Neuropsychologie notwendig. Hinzu kamen die umfangreichen Anforderungen an persönlichen und fachlichen Kompetenzen, die das Konzept an jeden einzelnen Mitarbeiter stellte. Dazu zählten die Formulierung einer validen Prognose, Abstraktionsvermögen, gedankliche Flexibilität sowie die Kreativität, mit den gegebenen Mitteln die Tätigkeiten und Anforderungen des jeweiligen Berufs nachbilden zu können. Die Aussagen bzgl. des Ausbildungs- und Kompetenzstatus der Belegschaft differierten zwischen den Interviews stark, sodass dieses Kriterium sowohl als hemmend als auch als fördernd betrachtet werden kann.

■ **Ausstattung:** Als fördernder Faktor wurde die vorbestehende umfangreiche EDV-Ausstattung mit ausschließlich papierloser Dokumentation und digitalem Verordnungsmanager benannt. Eine zentrale, für alle einsehbare Dokumentation trug maßgeblich zu einem interprofessionellen Austausch bei.

■ **Therapieangebot:** Die Erfüllung des MBOR-Konzepts erforderte eine qualitative Ausweitung des Therapieangebotes. Dies führte zu einem deutlichen Mehraufwand im Rahmen der ärztlichen Verordnungen sowie der Therapieplanung. Die größte Herausforderung stellte dabei der logistische Aufwand in der Therapierplanungen dar, um die Therapien innerhalb der begrenzten Zeit sinnhaft aufeinander aufbauen zu lassen. Die Erweiterung des Einzeltherapieangebots erforderte konzeptionelle Mehrarbeit und ggf. Fortbildungen seitens der Therapeuten.

■ **Aufwand:** Die an der Konzeptentwicklung beteiligten Interviewteilnehmer gaben an, dass der Entwicklungs- und Implementierungsaufwand deutlich größer war als erwartet. Ein deutlicher Mehraufwand nach erfolgreicher Implementierung wurde hingegen nicht erwartet.

Alle Änderungen in der Therapieplanung wurden an realen Rehabilitanden getestet und bedurften somit einer lückenlosen Überwachung, um eine Fehlplanung

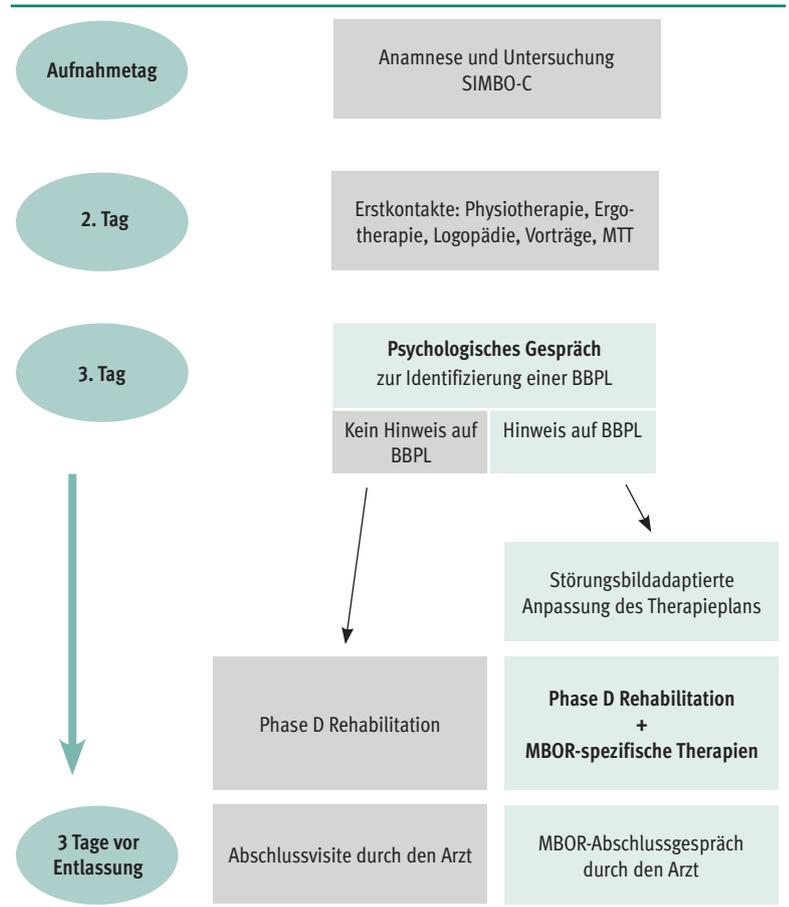


Abb. 1: Prozess der MBOR

MBOR			
Et 30E = 33%	4E IMBA* 2E Neuropsychologisches MBOR-Gespräch 1E Sozialberatung 5E Neuropsychologische Diagnostik 3E Fahrsicherheit 4E Arbeitsplatztraining 19E	4E Funktionales Rückentraining 2E Sozialberatung 15E Kognitives Training 8E Berufsbezogene Gruppen** 29E	GT 70E = 66%
	4E Erstkontakte 7E Physiotherapie/Logopädie/Psychologie 11E	12E Sport 10E MTT 9E Ergometer 10E Vorträge*** 41E	
Phase D »Standard«-Rehabilitation			

* Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
 ** Stressbewältigung, Achtsamkeit, PMR
 *** Einführung in die Rehabilitation, Krankheitsbilder, Risikofaktoren, Rauchentwöhnung, Schwerbehinderung, Sozialmedizinische Basisinformation

Abb. 2: Therapieinhalte MBOR und Phase-D-»Standard«-Rehabilitation MBOR

für den Rehabilitanden zu verhindern. Einige Änderungen in der EDV erforderten die Unterstützung durch den Software-Anbieter.

Prozessebene

■ **Identifikation des MBOR-Rehabilitanden:** Auch wenn eine trägergestützte Zuweisung, also die Identifizierung der MBOR-Zielgruppe durch die DRV, eine große Entlastung für die personellen Ressourcen in der Klinik darstellen würde, schätzten die Interviewteilnehmer ein MBOR-Screening durch die DRV eher als problematisch ein. Es wurde die Gefahr gesehen, dass aufgrund der komplexen Störungsbilder und der geringen Erfahrung in der Anwendung der SIMBO-C-Skala bei neurologischen Rehabilitanden, insbesondere im Rahmen einer AHB, Rehabilitationspotential übersehen wird. Daher wurde eine multiprofessionelle Diagnostik zur Identifizierung der Zielgruppe zu Beginn des stationären Aufenthaltes als notwendig erachtet, um ein den spezifischen Bedürfnissen der Rehabilitanden angemessenes MBOR-Angebot zur Verfügung zu stellen.

■ **Rehabilitationsprozess:** Die Interviewteilnehmer betonten, dass das neu entwickelte MBOR-Modul inkl. der entsprechenden Dokumentation in vorbestehende Ablaufprozesse und -strukturen eingebettet werden konnte, sodass die MBOR keinen Parallelprozess darstellt. Das Konzept sollte für die Mitarbeiter lediglich eine inhaltliche Erweiterung, jedoch keine Änderungen der basalen Prozesse im Rehabilitationsbetrieb darstellen.

■ **Therapieverordnung und -planung:** Die besondere Herausforderung bestand nach Meinung der Interviewteilnehmer in der Nutzung der neuen Therapie-Verordnungsmöglichkeiten. Die verschiedenen Symptomkonstellationen der Rehabilitanden erforderten Individualisierungsmöglichkeiten im Konzept, um möglichst alle Rehabilitanden mit dem Konzept auffangen zu können. Diese Freiheit in der Therapie-Verordnung brachte jedoch einen nicht zu unterschätzenden Mehraufwand für die Therapieplanung mit sich.

Ergebnisebene

■ **Patientenrelevante Outcomes:** Der Ablauf des Aufnahmetags wurde von den Interviewteilnehmern sehr kritisch eingeschätzt. Durch die frühzeitige Konfrontation mit berufsspezifischen Belangen, insbesondere durch das Assessment (SIMBO-C-Skala) gleich am ersten Tag, bestand die Sorge der Überforderung oder der selbst verursachten Benachteiligung des Rehabilitanden durch eine vermeintlich falsche Angabe. Die Einschätzung der Interviewteilnehmer ging dahin, dass das Assessment nicht allein als Zugangsvoraussetzung zur MBOR genutzt werden könne.

Als fördernd hinsichtlich patientenrelevanter Outcomes erwiesen sich die hohe Akzeptanz der MBOR-Grundidee und die gemeinsame patientenorientierte Rehabilitationsphilosophie aller Mitarbeiter. Fragen nach dem

Ziel, dem Nutzen und dem Ergebnis des MBOR-Konzepts wurden stets aus der Perspektive des Rehabilitanden beantwortet. Dazu zählten bspw. bedürfnisgerechte Angebote hinsichtlich des Arbeitsplatzes und das Aufzeigen sozialmedizinischer Optionen. Zudem sollte die Rehabilitation dem Rehabilitanden zielgerichtet und sinnvoll erscheinen und eine valide, nachhaltig umsetzbare und vom Rehabilitanden verstandene sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit zum Ergebnis haben.

■ **Klinikkrelevante Outcomes:** In allen Interviews wurde die höhere Effizienz der Behandlung durch die Fokussierung aller Mitarbeiter auf die berufsspezifischen Belange des Rehabilitanden genannt. Dadurch könne eine bessere Absprache zwischen den Professionen, eine konkretere Dokumentation und folglich eine bessere sozialmedizinische Beurteilung entstehen.

Es kristallisierte sich in den Interviews heraus, dass der überwiegende Teil des Mehraufwands in die Entwicklung und die Implementierung investiert wurde. Eingeschätzt wurde, dass die MBOR-Rehabilitation in der Routinephase nicht teurer als eine Phase-D-»Standard«-Rehabilitation sein muss, wenn die Verteilungsregel 30% Einzeltherapie und 70% Gruppentherapie in der Phase D eingehalten wird. Somit könne der DRV nach erfolgreicher Implementierung die Umsetzung eines MBOR-Konzepts unter weitgehender Kostenneutralität demonstriert werden.

■ **Externe Qualitätssicherung:** Es wurde von Interviewteilnehmern die Sorge angemerkt, dass durch die Implementierung des Konzepts die bisher konsequent gleichwertige Behandlung aller Rehabilitanden, unabhängig von Kostenträger und Rehabilitationsphase, ggf. nicht aufrechterhalten werden könne. Die MBOR-Rehabilitanden erhielten u. a. die Stressbewältigungsgruppe, mehr kognitives Training, die neuropsychologische Fahrgenugungsbegutachtung und insbesondere mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung von den Neuropsychologen. So könne es doch zu Ungleichverteilungen kommen und eine weitgehende Kostenneutralität nicht erreicht werden. Möglicherweise könnten weiterhin die vorbestehenden Reha-Therapiestandards der DRV (z. B. Schlaganfall) durch das MBOR-Konzept nicht mehr eingehalten werden.

■ **Dokumentation:** Die Interviewteilnehmer erwähnten, dass der allgemeine Prozess der Verlaufsdokumentation durch das MBOR-Konzept keine wesentlichen Veränderungen erfuhr. Die ausschließlich EDV-gestützte Dokumentation ließ sich für das Konzept leicht standardisieren und dementsprechend bestand die Einschätzung, dass die Dokumentation wie bei anderen Modulen zur Qualitätssicherung beitragen kann. Da die Dokumentation für alle Beteiligten zugänglich ist, könnten die verschiedenen Störungsbilder und ihre von den anderen

Berufsgruppen beschriebenen Auswirkungen stets in Kombination mit den eigenen Einschätzungen betrachtet werden. Dies verbesserte nach Ansicht der Interviewteilnehmer die Kongruenz der Dokumentation und die Validität des eingeschätzten Leistungsvermögens.

Eine Übersicht zu den wesentlichen Aspekten bietet **Tabelle 1**.

Mögliche Aufgaben der Pflege im Rahmen der MBOR in der Neurologie

Neben den im MBOR-Anforderungsprofil benannten Professionen, bestehend aus ärztlichem, psychologischem und therapeutischem Bereich, wurde im NZN auch die Pflege in die Entwicklung und Implementierung des MBOR-Konzepts mit einbezogen. Dadurch konnten konkrete pflegerische Aufgaben in der MBOR identifiziert werden und somit bei der Behandlung der MBOR-Rehabilitanden Anwendung finden. Dazu gehören vor allem die Stärkung des Selbstbewusstseins im Umgang mit der Krankheit, die Verstetigung der Therapieerfolge und deren entsprechender Transfer in den Alltag. Dies impliziert das Erlernen eines sicheren Hilfsmittelumgangs (z. B. Selbstkatheterisierung), die Förderung der Medikamentencompliance und -adherence unter Berücksichtigung des (beruflichen) Alltags, die Anleitung im Risikofaktoren-Management (z. B. bei Diabetes mellitus, Hypertonie) und die Unterstützung zur Entwicklung von Problemlösungsstrategien bei Symptomen wie Schwindel, Übelkeit oder Schmerzen.

Diskussion

Bisherige vorgestellte MBOR-Konzepte in der Neurologie stellen vielfach ein additives Angebot zur Phase-D-»Standard«-Rehabilitation dar, wodurch die MBOR dann einem (nicht gewünschten) Sonder- bzw. Parallelprozess entspricht [24, 25]. Zudem liegen keine bis dato publizierten Erkenntnisse über die Resonanz des Rehabilitationsteams während der Konzeptimplementierungen vor. Daher wurde bei der Begleitung des vorgestellten Konzepts in der Erprobungsphase mithilfe von Einzel- und Gruppeninterviews ein exploratives qualitatives Studiendesign gewählt. Unter Anwendung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse konnten im Rahmen der Interviews Herausforderungen und Probleme bei der Einführung des MBOR-Konzepts identifiziert werden. Keine Aussagen konnten aber über die langfristige Umsetzbarkeit des Konzepts sowie zu ersten Ergebnissen zur Effektivität getätigt werden.

Die unizentrische Ausrichtung der Studie begrenzt die Aussagefähigkeit und entspricht nicht den Empfehlungen für die Forschung zur Behandlungsqualität in Krankenhäusern, die einen Einschluss mehrerer Institutionen zur Beurteilung der Auswirkung unterschiedlicher Organisationsstrukturen vorschlagen [14].

Tab. 1: Wesentliche Aspekte bei der Entwicklung und Implementierung des MBOR-Konzepts

Hemmende Faktoren	Fördernde Faktoren
Aufwendige Identifikation des MBOR-Rehabilitanden	Vermeidung von Parallelprozessen und -strukturen
Belastung des Rehabilitanden bei Aufnahme	EDV-Ausstattung
Bedarfs- vs. bedürfnisgerechte Rehabilitation	Multiprofessioneller Aufnahmeprozess
Konflikt mit externer Qualitätssicherung	Fokus auf gemeinsames MBOR-Ziel
Hoher Entwicklungs- und Implementierungsaufwand	Höhere Effizienz der Behandlung

In der teilnehmenden Einrichtung stand die Vermeidung eines Parallelprozesses während der Implementierung der MBOR im Vordergrund. Die Umsetzung des »maßgeschneiderten« MBOR-Konzepts erfolgte daher unter besonderer Berücksichtigung der dortigen Prozess- und Organisationsstrukturen, sodass eine Übertragung des Konzepts auf andere Einrichtungen kaum durchführbar erschien.

Die Kategorienbildung und das Codierverfahren durch nur eine Person stellt einen Mangel in der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Da die Auswertung der Daten im Rahmen einer Qualifikationsarbeit stattfand, war eine Beteiligung mehrerer Personen nicht möglich. Aufgrund der Strukturierung der geführten Interviews durch den Leitfaden und der sich hauptsächlich aus dem Leitfaden ergebenden Kategorien handelt es sich bei diesem Codiervorgang jedoch weniger um interpretative Entscheidungen als vielmehr um eine gezielte Zuordnung des Gesagten zu den definierten Kategorien [17].

Die Auswertung des vorliegenden Materials zeigte, dass eine besondere Schwierigkeit in der genauen Zielgruppenidentifikation bestand. So schilderten einige Interviewteilnehmer die Erfahrung, dass die Ergebnisse des SIMBO-C, am ehesten aufgrund einer Überforderung des Rehabilitanden im Umgang mit dem Instrument, nicht zuverlässig den tatsächlich MBOR-Bedarf widerspiegeln. Eine sichere Identifikation einer BBPL als Voraussetzung für den Zugang zur MBOR schien daher durch die alleinige Anwendung der SIMBO-C-Skala als nicht sichergestellt. Bisherige Untersuchungen weisen auch darauf hin, dass etablierte Kriterien zur Bestimmung einer BBPL wie im »Würzburger-Screening« bei neurologischen Rehabilitanden nicht ausreichend aussagekräftig sind [22]. Zweifel an einem ausreichenden Verständnis der Screeninginstrumente schon durch orthopädische Rehabilitanden und der Güte ihrer Angaben wurden bereits von Bethge und Kollegen im Rahmen der MBOR-Management-Studie gefunden [5]. Das Schlüsselmoment lag nach Meinung der befragten Klinik-Mitarbeiter daher in einem multiprofessionellen Aufnahme-prozedere, das eine zuverlässigere Identifizierung eines MBOR-Rehabilitanden ermöglicht. Insbesondere das 60-minütige psychologische MBOR-Gespräch konnte der

Besorgnis der Interviewteilnehmer Rechnung tragen, dass die Rehabilitanden zu Beginn durch »anonyme« Skalen mit möglicherweise weitreichenden Folgen stark verunsichert werden und daher der Rehabilitationserfolg ggf. beeinträchtigt wird. Im Gegensatz zu anderen Konzepten [8, 19, 20] dient die multiprofessionelle Diagnostik in dem Konzept somit nicht nur zur Aufnahmebefundung sondern auch zur BBPL-Identifikation. Die Ergebnisse des Gesprächs werden an das ärztliche Team zur definitiven Festlegung des MBOR-Status des Rehabilitanden und zu optionalen Therapieanpassungen rückgemeldet.

Besonders ist, dass alle Rehabilitanden der DRV routinemäßig das MBOR-Screening durchlaufen. Folglich ist zu Beginn der Rehabilitation noch offen, welche Maßnahmenart (Phase-D-»Standard«-Rehabilitation versus MBOR) letztlich Anwendung findet. Diese Zuordnungsunsicherheit führte bei den Teilnehmern zu Beginn und teilweise auch im Verlauf der Erprobungsphase zu einer Verunsicherung. Zudem trägt die Möglichkeit der individuellen Verordnung von MBOR-spezifischen und -unspezifischen Maßnahmen im MBOR-Konzept des NZN zu dem Eindruck bei. Auch andere Konzepte sehen eine Integration MBOR-spezifischer und -unspezifischer Maßnahmen vor [8, 20]. In dem vorliegenden Konzept wurde bewusst auf Ausschlusskriterien (z.B. Aphasie, lange Arbeitslosigkeit, mangelnde Motivation) verzichtet. Mit dem niederschweligen und aufwendigen Identifikationsprozess soll das Risiko reduziert werden, eine Rehabilitationsbedürftigkeit zu übersehen und einem Rehabilitanden ggf. notwendige Maßnahmen vorzuenthalten.

Weiterhin wurde als hemmender Aspekt eine möglicherweise nicht ausreichend bedürfnisgerechte Therapieverordnung durch das MBOR-Konzept angegeben. Erschwerend ergab die interne Auswertung der Störungsbilder und der beruflichen Anforderungsprofile der Rehabilitanden eine so große Heterogenität, dass eine Abbildung des Arbeitsplatztrainings in Form von Gruppentherapien nicht sinnvoll erschien. Im Sinne einer Gegensteuerung zur genannten Problematik verfügt das MBOR-Konzept des NZN über die Möglichkeit einer individuellen Therapieverordnung, die eine Vielzahl spezifischer und unspezifischer Maßnahmen sowie bis zu 30% Einzeltherapien für den Rehabilitanden vorsieht. Zum Beispiel findet das Arbeitsplatztraining im Rahmen ergotherapeutischer Einzelinterventionen statt, um neben der abstrakten neuropsychologischen Leistungsdiagnostik einen möglichst praktischen Abgleich des aktuellen Leistungsvermögens in Bezug auf den alten oder angestrebten Arbeitsplatz zu erhalten. Ein individuelles (Einzel-)Arbeitsplatztraining findet sich auch in dem »Buchauer MBOR Modell« von Müller und Dietz [21].

Die Durchführung der MBOR wird aktuell mit zusätzlich 4 Euro täglich vergütet und erlaubt daher keine

aufwendigen Sonder- oder Parallelprozesse. Außerdem befürchteten die Interviewteilnehmer den möglichen Verlust einer weitgehend gleichwertigen Behandlung aller Rehabilitanden unabhängig vom Kostenträger. Um diesen Aspekten gezielt begegnen zu können, wurde das MBOR-Konzept unter Beibehaltung der etablierten Strukturen und Prozesse entwickelt. So wird die vorgegebene Mengenverteilung von max. 30% Einzel- bzw. max. 70% Gruppentherapien (wie bei der Phase-D »Standard«-Rehabilitation) beibehalten und über ein Controlling dem Verordnenden zurückgemeldet. Es handelt sich somit um eine Erweiterung des qualitativen, nicht jedoch des quantitativen Angebots für jeden einzelnen Rehabilitanden.

Die Interviewteilnehmer schilderten, dass der überwiegende Teil des Aufwands in die Entwicklung und die Implementierung investiert wurde und nicht durch die Anwendung des MBOR-Konzepts bedingt ist. Der entstandene Aufwand für die Entwicklung und Implementierung eines Konzepts wurde jedoch durch eine zusätzliche Vergütung nicht abgebildet. Die Ergebnisse aus der Forschung zur »Modellhaften Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation« von Brandes und Kollegen bestätigten jedoch, dass die Entwicklungs- und Erprobungsphase stets teurer als die Routinephase ist [6].

Der notwendigen Erweiterung der persönlichen und fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter konnte zum einen mit Fortbildungsmaßnahmen, zum anderen aber auch durch die Intensivierung der berufsspezifischen Ausrichtung der Teambesprechungen während der Implementierungsphase begegnet werden.

Ebenso wurde von den Interviewteilnehmern die Sorge geäußert, dass bei konsequenter Umsetzung des MBOR-Konzepts die Qualitätskriterien der Reha-Therapiestandards der DRV nicht mehr ausreichend erfüllt sein könnten (siehe dazu [33]). Inwieweit der Reha-Therapiestandard »Schlaganfall Phase D« und das MBOR-Konzept miteinander vereinbar sind, ist für das vorgestellte MBOR-Konzept derzeit noch nicht beurteilbar und bleibt insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Überarbeitung aller Reha-Therapiestandards abzuwarten. Die oben genannte Beibehaltung der Mengenverteilung wie bei der Phase-D-»Standard«-Rehabilitation könnte dahingehend aber vorteilhaft sein. Ebenso wurde die Beibehaltung von etablierten Prozessen und EDV-gestützten Dokumentationsstrukturen des NZN im MBOR-Konzept von den Interviewteilnehmern als ein förderlicher Aspekt angesehen.

Entgegen veröffentlichten MBOR-Konzepten wurde das Pflegepersonal einbezogen. Ihre bisher fehlende Berücksichtigung ist am ehesten dem MBOR-Anforderungsprofil geschuldet [10]. Die Ergänzung eines MBOR-Konzepts mit konkreten Tätigkeiten des Pflegepersonals erscheint vor dem Hintergrund der hier dargestellten Ergebnisse jedoch sinnvoll. Besonders lohnenswert

erschienen Tätigkeitsfelder wie die Stärkung des Selbstbewusstseins im Umgang mit der Krankheit und das Konservieren von Therapieerfolgen durch entsprechenden Transfer des Erlernten in den Alltag.

Insgesamt konnte durch die Entwicklung und Implementierung des MBOR-Konzepts das Bewusstsein der Mitarbeiter für die Intention der Rehabilitation Erwerbstätiger geschärft werden. Das Konzept und die Grundidee der MBOR wurden als lohnenswert erachtet und in den Experteninterviews hoben die Teilnehmer die Bedeutung des Reha-Teams und seiner gemeinsamen Philosophie hervor. Alle Interviewteilnehmer betonten als förderlichen Aspekt des Konzepts das professionsübergreifende Ziel einer validen, nachhaltig umsetzbaren und vom Rehabilitanden verstandenen sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Dieses Ergebnis einer MBOR-Maßnahme mag aus Perspektive des Rehabilitanden bedeutsamer sein als eine Erweiterung des Therapieangebots während der Rehabilitationsmaßnahme.

Bei der Umsetzung klinikeigener MBOR-Konzepte in der neurologischen Rehabilitation sind eine aufwendige Zielgruppenidentifikation, eine hohe Belastung des Rehabilitanden bei Aufnahme und die Wahrung einer bedürfnisgerechten MBOR-Rehabilitation zu beachten. Die erfolgreiche Implementierung des vorgestellten MBOR-Konzepts gelang vor allem durch die Beibehaltung bestehender Prozesse und Strukturen. Trotz des hohen Entwicklungs- und Implementierungsaufwands wurde die Grundidee des MBOR-Konzepts durch die Interviewteilnehmer als wertvoll für den Rehabilitanden erachtet. Indem die Mitarbeiter als Experten interviewt und somit in die Implementierung des MBOR-Konzepts einbezogen wurden, konnte eine hohe Akzeptanz des MBOR-Konzepts im Rehabilitationsteam erreicht werden.

Literatur

- Bethge M. Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich 2010.
- Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C. Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie. *Rehabilitation* 2010; 49: 2-12.
- Bethge M. Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation. *Rehabilitation* 2011; 50: 145-151.
- Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C. Work Status and Health-related Quality of Life Following Multimodal Work Hardening: A Cluster Randomised Trial. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2011; 24:161-172.
- Bethge M, Brandes I, Kleine-Budde K, Löffler S, Neuderth S, Schwarz B, Schwarze M, Vogel H. Abschlussbericht zum Projekt »MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)« im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 2012. Im Internet: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de>, Stand: 11.12.2013.
- Brandes I, Bönisch A, Vries U de, Ehlebracht-König I, Petermann F, Krauth C. Modellhafte Einführung von Patientenschulungsprogrammen in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 2008; 18: 344-348.
- Bürger W, Deck R. SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48: 211-221.
- Claros-Salinas D. Neurologische Berufstherapie. In: Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Vogel H, Wolf H, Neuderth S (Eds). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation*. 3. überarbeitete Auflage. DRV Schriften 2012; 284-291.
- DRV Bund (Ed). *Reha-Bericht, Update 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. DRV Schriften 2012.
- DRV Bund (Ed). *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung*. 3. überarbeitete Auflage. DRV Schriften 2012.
- Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag 2012.
- Frommelt P, Leidner O. Neurologische Erkrankungen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Eds). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. 7. Auflage. Berlin u. a.: Springer 2011, 497-540.
- Haaf HG, Sewöster D. Rente mit 67 – Notwendige Rahmenbedingungen. *Public Health Forum* 2011; 73: 11-12.
- Hearld LR, Alexander JA, Fraser I, Jian HJ. How Do Hospital Organizational Structure and Processes Affect Quality of Care? A Critical Review of Research Methods. *Medical Care Research and Review* 2005; 65(3): 259-299.
- Körner M, Schüpbach H, Bengel J. Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2005; 13(4): 158-166.
- Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Fredrikson S, Jönsson B. Cost and quality of life of patients with multiple sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 918-926.
- Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa 2012.
- Löffler S, Wolf HD, Neuderth S, Vogel H. Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Hillert A, Müller-Fahnow W, Radoschewski FM (Hrsg). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2009, 133-140.
- Menzel-Begemann A. Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation. *Problemstellung, Intervention, Ergebnisse*. Weinheim: Beltz Juventa 2012.
- Menzel-Begemann A. *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) nach neurologischen Erkrankungen*. *Akt Neurol* 2013; 40(9): 507-512.
- Müller G, Dietz M. Arbeitstherapie (»Buchauer MBOR Modell«). In: Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Vogel H, Wolf H, Neuderth S (Eds). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation*. 3. überarbeitete Auflage. DRV Schriften 2012, 120-124.
- Neuderth S, Lukaszczik M, Schuler M, Laterveer H, Weilbach F, Presl M, Knörzer J. Eignen sich etablierte Kriterien zur Bestimmung einer besonderen beruflichen Problemlage für die Zuweisung neurologischer Rehabilitanden in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Ed). *Tagungsband. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation*. DRV-Schriften 2014, 57-59.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber 2004.
- Presl M, Weilbach FX, Knörzer J, Kiesel J. MBO*-Kompakt Neurologie. In: Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Vogel H, Wolf H, Neuderth S (Eds). *Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation*. 3. überarbeitete Auflage. DRV Schriften 2012, 300-307.

25. Presl M, Weilbach FX, Knörzer J, Kiesel J. Medizinisch-beruf-sorientierte Rehabilitation – MBO®Neuro/MBOR. In: Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Vogel H, Wolf H, Neuderth S (Eds). Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. 3. überarbeitete Auflage. DRV Schriften 2012, 323-331.
26. Rekan T, Gramstad A, Vedeler CA. Fatigue, pain and muscle weakness are frequent after Guillain-Barré syndrome and poliomyelitis. *J Neurol* 2009; 256: 349-354.
27. Singhal AB, Biller J, Elkind MS, Fullerton HJ, Jauch EC, Kittner SJ, Levine DA, Levine SR. Recognition and management of Stroke in young adults and adolescents. *Neurology* 2013; 81: 1089-97.
28. Streibelt M, Thren K, Müller-Fahrnow W. Effektivität FCE-basierter medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. *Phys Med Rehab Kuror* 2009; 19: 34-41.
29. Streibelt M. Validität und Reliabilität eines Screeninginstruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation* 2009; 48: 125-144.
30. Streibelt M, Gerwin H, Hansmeier T, Thren K, Müller-Fahrnow W. SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation – Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Rehabilitation* 2007; 46: 266-275.
31. Streibelt M, Hansmeier T, Müller-Fahrnow W. Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2006; 45: 161-171.
32. Van Velzen JM, Van Benna C, Edelmaar M, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Inj* 2009; 23 (6): 473-488.
33. Vorsatz N, Brüggemann S. Reha-Therapiestandards und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Ist beides miteinander vereinbar? Eine Aufwandsanalyse der Therapieanforderungen. *Rehabilitation* 2011; 50: 168-177.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Tobias Leniger
Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen
Am Freibad 5
D-49152 Bad Essen
E-Mail: tleniger@neurozentrumniedersachsen.de

REZENSION

Ben van Cranenburgh.

Wiederherstellung nach Hirnschädigung

Theorie und Praxis der interdisziplinären Neurorehabilitation

geb. 456 S., € 54,95, ISBN 978-3943324174

Kiener Verlag, München 2014

Die Neurorehabilitation nach Hirnschädigung unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Rehabilitation in anderen Fachbereichen: Zentrale Hirnschädigungen gehen häufig mit komplexen Symptomen einher, die sich überlagern, verstärken und verschiedene Modalitäten betreffen. Die Behandlung von Paresen wird häufig erschwert durch zusätzlich vorhandene Sensibilitätsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Apraxien, Antriebsstörungen und vieles andere. Im Zentrum steht daher die genaue Problemanalyse und das erfordert in der Regel die Mitbeurteilung durch mehrere Fachdisziplinen.

Emotionale oder motivationale Defizite können nicht nur eine Therapie erschweren, sondern sollten manchmal gerade das Hauptziel der Behandlung sein. Mehr als bei anderen körperlichen Schädigungen haben Hirnschädigungen, die häufig mit Einschränkungen von kognitiven Fähigkeiten einhergehen, eine Auswirkung auf die Interaktion mit anderen Menschen. Ein wich-

tiger Aspekt in der Neurorehabilitation ist daher die Problemanalyse auf allen Ebenen der sozialen Interaktion.

Jede Rehabilitation ist ein Lernprozess. Jedoch ist im Falle einer Hirnschädigung das Organ, mit dem man lernt, selber geschädigt. Es ist daher notwendig, die biologischen Grundlagen von Lernprozessen zu kennen und zu wissen, wie diese Lernprozesse sich bei einer Hirnschädigung ändern und trotzdem sinnvoll genutzt werden können.

Alle diese Besonderheiten bedeuten, dass bei der Neurorehabilitation viele Therapeuten gleichzeitig involviert sind und machen die Neurorehabilitation zu einer ausgeprägten interdisziplinären Angelegenheit. Daher sollten alle Berufsgruppen die Grundlagen, die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der anderen wenigstens im Ansatz kennen.

Ein wichtiger Teil dieses Buches beschäftigt sich mit Lernprozessen und Vorgängen, die während des Lernens im Gehirn auftreten. Es wurde in den letzten Jahren gezeigt, dass auch das Gehirn von Erwachsenen nach einer Schädigung noch eine enorme Kapazität zu plastischen Veränderungen besitzt. Sowohl beim Lernen von neuen Fähigkeiten als auch während der Besserung nach einer Hirnschädigung findet eine Reorganisation in ausgedehnten, miteinander in einem Netz verbundenen Hirnteilen, statt. Im Laufe der funktionellen Besserung nach Hirnschädigung sind dabei unterschiedliche Phasen zu erkennen, in denen mal mehr die intakte, dann wieder die geschädigte Hirnhälfte aktiv ist. Neue Therapien versuchen,

über noch intakte Teile der Netze oder des Gehirns einen Eingang in das System zu finden, z. B. mit der Spiegeltherapie (über die andere Hemisphäre), mit der Videotherapie (über das visuelle System) oder mit Verbaler Selbstinstruktion (über das sprachliche System).

Es gab bisher keine vergleichbare Übersicht, in der alle diese Aspekte kompakt und für alle Berufsgruppen verständlich dargestellt werden. Das vorliegende Buch bietet einen Leitfaden für alle, die berufsmäßig mit Patienten mit Hirnschädigung arbeiten.

Viele Fallbeispiele machen den interdisziplinären Ansatz der Neurorehabilitation anschaulich. Es werden Hinweise gegeben, wie eine individuelle Problemanalyse erstellt wird, wie ein Behandlungsplan zu entwickeln ist, wie dieser Plan evaluiert werden sollte und was zu tun ist, wenn während der Behandlung unvermutete Probleme auftreten.

Ben van Cranenburgh ist Neurowissenschaftler und interessiert sich seit langem für das Problem, wie alte und neue wissenschaftliche Erkenntnisse sinnvoll in die tägliche Praxis der Neurorehabilitation umgesetzt werden können. Er gibt seit über 20 Jahren in den Niederlanden und im deutschen Sprachraum interdisziplinäre Fortbildungen und dieses Buch ist auch eine Antwort auf die vielen praktischen und theoretischen Fragen, die ihm über die Jahre gestellt wurden.

Dr. Michel Rijntjes
Universitätsklinikum Freiburg