

Inwieweit entspricht die aktuelle rehabilitative Versorgung den Reha-Therapiestandards Schlaganfall?

Neurol Rehabil 2011; 17 (3): 141–145
© Hippocampus Verlag 2011

U. Beckmann

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zusammenfassung

Die Einführung der Reha-Therapiestandards Schlaganfall der Deutschen Rentenversicherung wird durch die Analyse der Ausgangssituation der therapeutischen Versorgung im Jahr 2009 unterstützt. In die Analyse werden Daten aus 59 stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen einbezogen. Die Selektionsbedingungen sind in den Reha-Therapiestandards festgelegt. Anhand der im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms der Rentenversicherung definierten Mindestanforderungen in sogenannten Evidenzbasierten Therapiemodulen wird die Versorgungsrealität des Jahres 2009 abgeglichen. Nur ein geringer Teil der Anforderungen wird vor Veröffentlichung der Reha-Therapiestandards erfüllt. Insbesondere bei den Modulen Bewegungstherapie und Gesundheitsbildung entspricht die Ist-Situation den Anforderungen. Bei der arbeitsbezogenen Therapie sowie der Unterstützung der beruflichen und sozialen Integration werden die Mindestanforderungen nicht erfüllt. Eine unzureichende Dokumentation kann hier als eine der Ursachen angesehen werden. Bei den Modulen Spezielle Patientenschulung und Gesundheitsbildung ist in der Reha-Praxis teilweise die Abgrenzung zu unpräzise. Insgesamt bestehen jedoch relevante Reha-Einrichtungsunterschiede, die nicht allein auf ein unterschiedliches Patientenkontinuum zurückzuführen sind.

Schlüsselwörter: Reha-Therapiestandards, Schlaganfall, Dokumentation, Soll-Ist-Vergleich

Einführung

Die im Rahmen des Leitlinienprogramms der Rentenversicherung entwickelten Reha-Therapiestandards wurden als Teil der Reha-Qualitätssicherung entwickelt [7]. Ziel dieses Qualitätssicherungsinstrumentes ist es, die Transparenz des therapeutischen Leistungsgeschehens zu erhöhen und die Versorgung chronisch kranker Menschen auf wissenschaftlicher Grundlage zu verbessern [9]. Durch Soll-Ist-Vergleiche werden einerseits den Reha-Einrichtungen wichtige Informationen für das interne Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt. Andererseits bietet die Berichterstattung den Leistungsträgern die Möglichkeit, einrichtungsvergleichende Analysen für die Fallsteuerung zu nutzen. Zur Bewertung der Prozessqualität wird anhand der dokumentierten therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht überprüft, ob die Anforderungen der Reha-Therapiestandards erfüllt wurden. Im Folgenden werden die Grundlagen der Analyse der Routinedaten zur Bewertung der therapeutischen Versorgung neben einigen Dokumentationshinweisen aufgezeigt. Anschließend wird die Auswertung zur Versorgungsrealität im Jahre 2009 bezogen auf die Erfüllung der Vorgaben der Reha-Therapiestandards Schlaganfall in der Gesamtgruppe und einrichtungsbezogen dargestellt. In den Reha-Therapiestandards der Rentenversicherung

werden Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) definiert, für die jeweils neben den therapeutischen Inhalten und der formalen Ausgestaltung der Leistungserbringung auch die dazugehörigen KTL-Codes geregelt sind [2]. Darüber hinaus wurde im Expertenkonsens ein Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in einer Reha-Einrichtung festgelegt.

Dokumentation und Qualitätsstandards

Seit mehr als 10 Jahren werden alle durchgeführten Therapien während einer Rehabilitation mit der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) auf Blatt 1b des einheitlichen ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes der Rentenversicherung dokumentiert [5]. Damit werden alle Leistungen auf der Basis einheitlicher Vorgaben erfasst und stehen für eine umfassende Berichterstattung zur Verfügung [6]. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung werden differenzierte Rückmeldungen über die therapeutische Versorgung regelmäßig erstellt und als Bericht zur Reha-Qualitätssicherung genutzt. Dabei handelt es sich um die Rückmeldungen der dokumentierten Leistungen für alle Rehabilitanden einer Reha-Einrichtung [11]. Zusätzlich wird eine differenzierte Betrachtung bezogen auf einzelne reharelevante Indikationen im Rahmen der Berichterstattung zu den Reha-Therapiestandards ana-

Does rehabilitation treatment in 2009 meet the requirements of the rehabilitation treatment standards “stroke”?

U. Beckmann

Abstract

The implementation of the German pension insurance’s rehabilitation treatment standards “stroke” are accompanied by an analysis of rehabilitative treatment in 2009. The analysis includes data from 59 in-patient and out-patient rehabilitation centres. The selection criteria are defined in the rehabilitation treatment standards. Using the minimum requirements as defined in the so-called evidence-based treatment modules as part of the guideline programme of the pension insurance actual care in 2009 is evaluated. Prior to the launch of the treatment standards only a small proportion of the requirements is fulfilled. Especially in the modules exercise therapy and health education current treatment meets the requirements. For work-related treatment and facilitation of vocational integration the minimum requirements are not fulfilled. This is – among other reasons – probably due to an inadequate coding practice. With regard to contents the modules special patient education and health education seem to have a significant overlap in everyday practice. Generally, there are relevant differences between rehabilitation centres which cannot be explained by the different patient clientele alone.

Key words: stroke, documentation, target-actual comparison

Neurol Rehabil 2011; 17 (3): 141 – 145
© Hippocampus Verlag 2011

lysiert. Im Rahmen dieser Analysen fällt auf, dass trotz einheitlicher Vorgaben die Reha-Einrichtungen unterschiedlich mit dem Instrument KTL umgehen. So wird von einigen Reha-Einrichtungen die Dauer der Leistung mit »Z = individuell« codiert. Da diese Dauer nicht näher bezeichnet ist, kann sie in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt werden, so dass es zu einer Untererfassung der eigentlichen therapeutischen Versorgung kommt [4]. Die Codierung mit »Z« sollte nur dann Verwendung finden, wenn die Dauer der dokumentierten Leistung nicht relevant ist, z.B. zur Dokumentation einer energiebilanzierten Kostform. Es ist zu empfehlen – insbesondere bei Einzelberatungsgesprächen – die tatsächliche Leis-

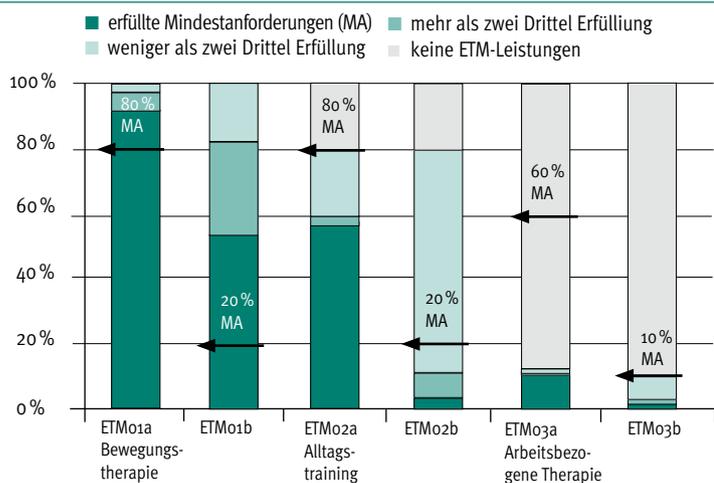


Abb. 1: Therapeutische Versorgung von Schlaganfall-Rehabilitanden im Jahr 2009 – Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) Bewegungstherapie, Alltagstraining, arbeitsbezogene Therapie. Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungszeitraum Januar – Dezember 2009 (n = 10.247). RTS Schlaganfall, Mindestanforderungen (MA)

tungsdauer zu codieren, damit sie in die Bewertung zur Leistungsdauer mit einfließen kann.

Einen weiteren Problembereich im Rahmen der Dokumentation stellt die Vollständigkeit der durchgeführten Therapien dar. So können Leistungen im Kapitel D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie nicht nur von Diplom-Sozialarbeitern in Kooperation mit den Reha-Beratern, sondern auch von anderen qualifizierten Berufsgruppen erbracht werden. Aktivitäten des ärztlichen oder psychologischen Dienstes beispielsweise, die die Maßnahmen zur Einleitung der weiterführenden Behandlung und Nachsorge initiieren bzw. Beratungen durchführen, werden häufig in der Dokumentation im Reha-Entlassungsbericht nicht berücksichtigt. Folglich stellt sich der Sachverhalt in den Routinedaten als eine Nichterbringung dieser für die Rehabilitation der Rentenversicherung als wichtig angesehenen Leistungen dar [3]. Auf jeden Fall sollte die Reha-Einrichtung Interesse haben, dass tatsächlich erfolgte therapeutische Leistungen auch im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert werden.

Auswertungen zur Versorgungsrealität im Jahr 2009

In die vorliegende Auswertung werden 59 stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen mit überwiegend neurologischen Fachabteilungen einbezogen, aus denen im Jahr 2009 mindestens 50 Reha-Entlassungsberichte mit KTL-Daten vorliegen. Selektionskriterien sind die erste Entlassungsdiagnose Schlaganfall – codiert nach ICD-10-GM (G46, I60 – I64) – und eine Behandlungsdauer zwischen 18 und 100 Tagen. Damit beziehen sich die vorliegenden Daten auf insgesamt 10.247 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Tabelle 1 zeigt die zusammengefassten Ergebnisse der Versorgung dieser Rehabilitanden gemäß der Reha-Therapiestandards Schlaganfall. Es wird jeweils pro Evidenzbasiertem Therapiemodul (ETM) der Anteil der Rehabilitanden gezeigt, der entweder gar keine Leistungen dieser ETM erhalten hat oder zu geringe Leistungen. Die Kategorie »zu gering« wird unterteilt in »weniger als zwei Drittel« oder »zwei Drittel und mehr« der geforderten Leistungsdauer bzw. -häufigkeit. Schließlich wird der Anteil der Rehabilitanden, der die Mindestanforderungen erfüllt, dem jeweils geforderten Mindestanteil gegenüber gestellt. Die Analysen zeigen, dass in der Gesamtgruppe, d.h. unabhängig von den einzelnen Reha-Einrichtungen, nur ein geringer Teil der in den ETM festgelegten Mindestanforderungen erfüllt wird. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich die Daten auf einen Zeitraum beziehen bevor die Therapiestandards veröffentlicht wurden. Da die Vorgaben jedoch unter enger Beteiligung von Reha-Klinikern entstanden sind, kann davon ausgegangen werden, dass dieses Expertenwissen die »Ist-Situation« mit berücksichtigt und das Reha-Team die Therapieintensität bereits vor der Veröffentlichung der Reha-Therapiestandards entsprechend anpasst. In verschiedenen Expertenrunden hat sich jedoch gezeigt, dass das eigene Handeln und Tun nicht immer präzise

eingeschätzt wird, insbesondere was die Vollständigkeit der Dokumentation betrifft.

Die Ergebnisse zu drei ETM sind in Abbildung 1 vergleichend dargestellt, jeweils für zwei Reha-Bedarfsgruppen. Unter »a« wird ein größerer Anteil der Rehabilitanden mit Anforderungen an die Leistungsdauer und -häufigkeit definiert, unter »b« eine kleinere Rehabilitandengruppe, jedoch mit höherem Bedarf. Beide Vorgaben in der Bewegungstherapie – für 80% der Rehabilitanden mindestens 180 Minuten pro Woche (01a) bzw. für 20% der Rehabilitanden 360 Minuten pro Woche (01b) – werden in der Gesamtgruppe erfüllt. Ganz anders sieht es hingegen bei der Erfüllung der Anforderungen zur arbeitsbezogenen Therapie aus: Für fast 90% der Rehabilitanden wurden keine Leistungen zu diesem Therapiemodul dokumentiert, nur 9% der Gruppe erhält zumindest die Anforderungen von 180 Minuten pro Rehabilitation und davon ein Viertel mindestens 180 Minuten pro Woche. Im Expertenkonsens hatten sich sehr viel höhere Anteile entsprechend zu behandelnder Patienten ergeben. Zu diskutieren ist, ob tatsächlich so wenige Leistungen in der Rehabilitation stattgefunden haben, ggf. ein Dokumentationsproblem besteht oder die Anforderungen für diese Patienten unangemessen hoch sind. Auch die Anforderungen des ETM Alltagstraining werden in der Gesamtgruppe noch nicht erfüllt. Betrachtet man die Ergebnisse einzelner Einrichtungen stellt man jedoch fest, dass es durchaus möglich ist, auch diese Mindestanforderungen zu erfüllen [8].

Neben den bereits erwähnten Modulen werden die Mindestanforderungen ebenfalls bei der Patientenschulung Schlaganfall (ETM 07), der Unterstützung der beruflichen Integration (ETM 16) sowie der Nachsorge und sozialen Integration (ETM 17) nicht erfüllt. Hier wird deutlich, dass die dokumentierten therapeutischen Leistungen weit hinter den Erwartungen liegen. Dabei ist zum Beispiel beim ETM 16 zu diskutieren, ob ggf. ein großer Teil der Rehabilitanden noch nicht in der Lage ist, die beruflichen und arbeitsbezogenen Anforderungen abzugleichen und konkret die Eingliederung ins Erwerbsleben in Angriff zu nehmen.

Abbildung 2 zeigt zusammengefasst die evidenzbasierten Therapiemodule, die schon vor Einführung der Reha-Therapiestandards Anfang des Jahres 2011 gut erfüllt wurden, wie der Vergleich mit den dokumentierten Leistungen im Jahr 2009 darlegt. Neben dem bereits genannten Modul *Bewegungstherapie* (01a und 01b) handelt sich hierbei um die *physikalische Therapie zur Schmerzlinderung*, die *Gesundheitsbildung* und das *Entspannungstraining*. Anhand der Therapiedaten wird deutlich, dass die therapeutische Regelversorgung den Mindestanforderungen der Reha-Therapiestandards entspricht oder diese sogar übertrifft.

Einrichtungsbezogene Analysen können verdeutlichen, dass eine Erfüllung der Mindestanforderungen in den edukativen Modulen unter den aktuellen Bedingungen nicht gegeben ist (Abb. 3). Schwerpunkte der Reha-Kliniken werden deutlich: So wird in der Einrich-

ETM		Anteil der Rehabilitanden ...				
Nr.	Text	ohne Leistungen	unter 2/3	ab 2/3	mit Mindestanforderungen	Mindestanteil
01a	Bewegungstherapie	0%	3%	6%	91%	80%
01b		0%	18%	28%	54%	20%
02a	Alltagstraining	20%	19%	3%	58%	80%
02b		20%	69%	7%	3%	20%
03a	Arbeitsbezogene Therapie	89%	2%	1%	9%	60%
03b		89%	7%	2%	2%	10%
04a	Kognitive Therapie	18%	16%	9%	57%	80%
04b		18%	51%	17%	15%	40%
05a	Therapie kommunikativer Störungen	52%	33%	7%	8%	40%
05b		52%	43%	3%	2%	10%
06	Physikalische Therapie zur Schmerzlinderung	22%	9%	10%	59%	30%
07	Patientenschulung Schlaganfall	88%	0%	1%	12%	70%
08	Spezielle Patientenschulung	68%	7%	4%	21%	60%
09	Gesundheitsbildung	23%	5%	3%	70%	70%
10	Ernährungsschulung – theoretisch	50%	8%	6%	37%	70%
11	Ernährungsschulung – praktisch	88%	3%	1%	8%	20%
12a	Psychologische Beratung und Therapie inkl. Krankheitsbewältigung	38%	3%	1%	59%	80%
12b		38%	41%	6%	15%	30%
13	Entspannungstraining	53%	8%	7%	31%	20%
14	Tabakentwöhnung	94%	2%	1%	2%	5%
15	Sozial- und sozialrechtliche Beratung	42%	5%	1%	52%	70%
16	Unterstützung der beruflichen Integration	78%	12%	3%	6%	70%
17a	Nachsorge und soziale Integration	86%	0%	0%	13%	80%
17b		86%	5%	5%	4%	20%

Tab. 1: Versorgung der Rehabilitanden nach Schlaganfall – vor Veröffentlichung der Reha-Therapiestandards. Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungszeitraum Januar – Dezember 2009 (n = 10.247). RTS Schlaganfall

ung »1« keine Leistung der *Gesundheitsbildung* dokumentiert, bei der Einrichtung »10« hingegen bei 99% der Rehabilitanden mit einer Dauer von mindestens 60 Minuten pro Rehabilitation. Diese extremen Unterschiede sind als nicht plausibel anzusehen. In den edukativen Modulen *Patientenschulung Schlaganfall*, *spezielle Patientenschulung* und *Gesundheitsbildung* sollte die Abgrenzung bei der Leistungserbringung in den Reha-Einrichtungen noch deutlicher werden. Ein großer Teil der Rehabilitanden erhält gar keine Leistung aus den Modulen zur Patientenschulung, dagegen findet die Gesundheitsbildung in Form von Vorträgen und Seminaren in einer ausreichenden Menge statt [10]. Die *Spezielle Patientenschulung*, die Kompetenz

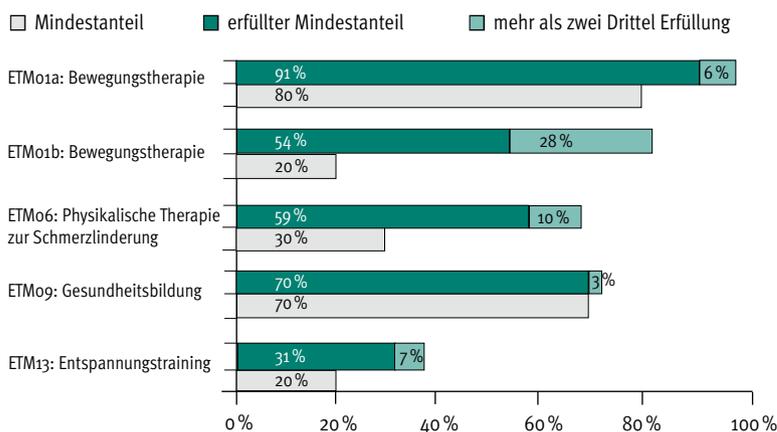


Abb. 2: Therapeutische Versorgung von Schlaganfall-Rehabilitanden im Jahr 2009 – Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) mit Erfüllung der Mindestanforderungen. Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungszeitraum Januar – Dezember 2009 (n = 10.247). RTS Schlaganfall

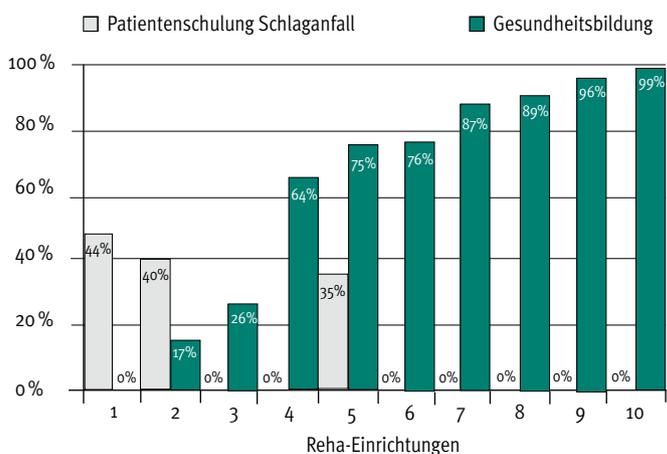


Abb. 3: Therapeutische Versorgung von Schlaganfall-Rehabilitanden im Jahr 2009 – Patientenschulung Schlaganfall und Gesundheitsbildung in zehn großen Reha-Einrichtungen. Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungszeitraum Januar – Dezember 2009. Reha-Einrichtungen mit mehr als 180 Fällen. RTS Schlaganfall

und Wissen zur »Pathogenese, relevanter Komorbidität und Risikofaktoren« vermittelt und damit vor allem die bei diesem Krankheitsbild so wichtige Tertiärprävention unterstützen soll, wird in der Gesamtgruppe in mehr als der Hälfte der Fälle gar nicht realisiert. Auch die *Patientenschulung Schlaganfall*, die durch unterschiedliche Vermittlungsmethoden (praktische Übungen, Gruppenarbeit etc.) einen gesundheits-gerechteren Lebensstil fördern und Eigenverantwortung stärken soll, wird noch nicht in ausreichendem Maß angeboten bzw. wahrgenommen. Eine Umgestaltung der edukativen Leistungen von Vorträgen einerseits hin zu einer interaktiven Schulung andererseits wird jedoch als wichtiges Instrument zur Stärkung der Handlungskompetenz der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen empfohlen [1]. Hierbei können die Anforderungen der Reha-Therapiestandards und die Rückmeldung der Daten an die Reha-Einrichtung beitragen.

Beim ETM *Nachsorge und soziale Integration* ist es auffällig, dass Maßnahmen zur Einleitung der Nachsorge mit einer Mindestdauer von 15 Minuten pro Rehabilitation bei einem größeren Anteil der Rehabilitanden nicht durchgeführt werden (vgl. Tab. 1). Zur Erklärung scheint ein Dokumentationsproblem ziemlich wahrscheinlich, da die Leistungen des KTL-Kapitels *Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie*, die zur Erfüllung dieses ETM erforderlich sind, aus den oben genannten Gründen häufig untererfasst werden. Tabelle 2 zeigt als Beispiel für eine Rückmeldung an eine Reha-Einrichtung die Auflistung aller KTL-Codes zu dem Modul *Nachsorge und soziale Integration* (ETM 17). Für die Reha-Einrichtung wird deutlich, welche KTL-Codierung zur Erfüllung des ETM möglich wäre, und welche im Untersuchungs-jahr in dieser Beispielinrichtung genutzt wurden. Für die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit dokumentierten Therapien (KTL-Code) werden die durchschnittliche Anzahl der Leistungen und die Dauer ausgewiesen. Hieraus kann die Reha-Einrichtung erkennen, welche weiteren Möglichkeiten zur Erfüllung der Mindestanforderung bestehen. »Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern« werden häufig von ärztlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit den Betreuten und ggf. relevanten Bezugspersonen durchgeführt, aber in einigen Reha-Einrichtungen nicht unter dem entsprechenden KTL-Code dokumentiert. Die Rückmeldungen zu den Reha-Therapiestandards können dazu beitragen, diesen Dokumentationsmangel zu beheben (Tab. 2).

Fazit

Die untersuchte Versorgungsrealität bei Schlaganfallpatientinnen und Patienten (Phase D), die im Jahr 2009 aus einer Reha-Einrichtung entlassen wurden, entspricht nur zu einem geringen Teil den Anforderungen der Reha-Therapiestandards Schlaganfall. Da der Untersuchungszeitraum vor der offiziellen Einführung der Reha-Therapiestandards liegt, ist dies nicht ganz unerwartet. Nach wie vor kann eine teilweise unzureichende Dokumentation der tatsächlich durchgeführten Behandlungen und Beratungen für die nicht erfüllten Mindestanforderungen verantwortlich sein, wie z. B. bei der arbeitsbezogenen Therapie sowie der Unterstützung der beruflichen und sozialen Integration. Da es sich hierbei jedoch um Kernbereiche der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung handelt, ist insbesondere darauf zu achten, dass diese wichtigen Bestandteile einer umfassenden Rehabilitation nachvollziehbar im Reha-Entlassungsbericht erfasst werden, um weitere Leistungsanträge oder Behandlungen adäquat zu unterstützen.

Die dokumentierte Versorgung im Bereich der Edukation fokussiert sehr häufig die Wissensvermittlung in Form von Vorträgen und Seminaren zur Gesundheitsförderung. Hier ist sicherlich eine stärkere Orientierung an den Therapievorgaben, die evidenzbasiert definiert wurden, notwendig. Bei der Betrachtung der Gesamtgruppe der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ist

Code	Text	KTL	Anzahl		Leistungen	
			mit Leistungen	Anteil	pro Rehabilitation	Minuten
Do41	Vermittlung in Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe u. a.		-	-	-	-
Do42	Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms		-	-	-	-
Do43	Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (z. B. INA, IRENA)		-	-	-	-
Do44	Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern		6	3%	1,5	23'
Do45	Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in ambulanter/stationärer Einrichtung		1	1%	2	60'
Do46	Einleitung häuslicher Pflege, ambulanter Hilfen und nachstationärer Betreuung		26	13%	1	31'
Do48	Hausbesuch, Dienstgang, Therapiefahrt		-	-	-	-
Do49	Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen		2	1%	1,5	23'
Do60	Angehörigengespräch einzeln		3	2%	1	40'
Do71	Angehörigenschulung		-	-	-	-
Do72	Themenzentrierte Gruppe für Angehörige		-	-	-	-

Tab. 2 : Therapeutische Versorgung von Schlaganfall-Rehabilitanden im Jahr 2009 – Nachsorge und soziale Integration in einer Reha-Einrichtung nach allen dem ETM zugeordneten KTL-Codes. Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungszeitraum Januar – Dezember 2009, Reha-Einrichtung A (n = 200). RTS Schlaganfall

jedoch zu beachten, dass es durchaus relevante Reha-Einrichtungsunterschiede gibt. Da bei der Definition der Vorgaben immer eine homogene Patienten Klientel unterstellt wird, besteht die Möglichkeit, dass einzelne Reha-Einrichtungen wegen bestimmter Komorbidität oder Ausprägungen und Symptomen andere Schwerpunkte setzen müssen. Die Routinedaten der Rentenversicherung lassen jedoch diese Erklärung nicht zu, so dass zunächst von einer nicht plausiblen Heterogenität der Leistungserbringung auszugehen ist. Diese sollte jedoch unter dem Gebot der Gleichbehandlung der Versicherten zukünftig vermindert werden, wobei die Mindestanforderung es durchaus offen lassen, eine höhere Leistungsdichte wenn möglich bzw. erforderlich zu erbringen.

Literatur

1. Bitzer E M, Dierks M L, Heine W, Becker P, Vogel H, Beckmann U, Butsch R, Dörning H, Brüggemann S. Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation* 2009; 48 (4): 202-210.
2. Brüggemann S. Das Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. In diesem Heft.
3. Bürger W, Glaser-Möller N, Kulik B, Pallenberg C, Stapel M. Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalyse und Teilnehmerbefragung. *Die Rehabilitation* 2011; 50; 74-85.
4. Deutsche Rentenversicherung. Häufige Fragen und Antworten zur KTL 2007. DRV Bund, Berlin 2011. www.deutscherentenversicherung.de.
5. Deutsche Rentenversicherung. KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Aufl., DRV Bund, Berlin 2007.
6. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. 2011.
7. Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U, Erbstößer S, Lindow B, Naumann B, Widera T, Zander J. Ein aktueller Über-

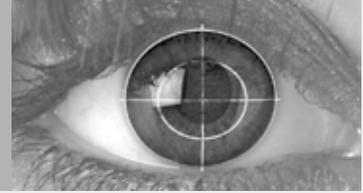
blick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation* 2010; 49; 356-367.

8. Lindow B. Sind die Anforderungen der Reha-Therapiestandards realistisch? In diesem Heft.
9. Schönle P, Kattein R, Brüggemann S, Klosterhuis H. Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. *Die Rehabilitation* 2004; 43; 1-12.
10. Worringen U, Beckmann U. Gesundheitstraining – Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Deutsche Rentenversicherung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2007; 1 (75): 21-28.
11. Zander J, Beckmann U, Somhammer B, Klosterhuis H. Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell* 2009; 56 (5/6): 186-194.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrike Beckmann
 Leiterin des Referates 0431 im Bereich Reha-Qualitätssicherung,
 Epidemiologie und Statistik
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Ruhrstr. 2
 10704 Berlin
 E-Mail: ulrike.beckmann@drv-bund.de

7. GEMEINSAMES SYMPOSIUM DGVP UND DGVM



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERKEHRSPSYCHOLOGIE E.V. (DGVP)
UND

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERKEHRSMEDIZIN E.V. (DGVM)

„FEHLVERHALTEN ALS UNFALLFAKTOR – KRITERIEN UND METHODEN DER
RISIKOBEURTEILUNG“

9.–10. SEPTEMBER 2011 • POTSDAM

Tagungspräsidentin/Wissenschaftliches Komitee

Dr. rer. nat. Karin Müller

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP)

Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Schubert

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP)

Prof. Dr. med. Volker Dittmann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. (DGVM)

Schirmherr

Matthias Platzeck

Ministerpräsident des Landes Brandenburg

Workshops

• **Workshop 1**

Beurteilungskriterien – Kriterien für die Begutachtung von Punktetägern (Verkehr/Strafe/Aggressionspotenzial)

• **Workshop 2**

Beurteilungskriterien – Medizinische und Laborbefunde in der Fahreignungsbegutachtung

• **Workshop 3**

Beurteilungskriterien – Kriterien für die Begutachtung älterer Kraftfahrzeugführer (Krankheiten, Verhalten, Leistungsbeeinträchtigungen, Persönlichkeitsveränderungen, Technik, Kompensation etc.)

• **Workshop 4**

Beurteilungskriterien – Substanzmissbrauch als Risikofaktor (Alkohol, Drogen etc.)

Informationen

Detaillierte Informationen zum Programm und den Referenten sowie Hotelreservierungen u.v.m. entnehmen Sie bitte der Kongresshomepage.

www.conventus.de/verkehr2011

