

## 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung

### Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?

4. – 6. März 2013, Mainz

### Ausgewählte Beiträge mit Relevanz für die Neurologische Rehabilitation



Das diesjährige Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium der DRV stand unter dem Motto »Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?«. Breiten Raum nahmen daher übergeordnete, indikationsunabhängige Themen ein, die vor allem von den verschiedenen Forschungsinstitutionen und -verbänden im Bereich Rehabilitations-, Teilhabe- und Versorgungsforschung bearbeitet und vorgestellt wurden. Solche Themen habe ich auch bei der Auswahl der fachgebietsunabhängigen Beiträge für die Kurzdarstellung in Neurologie & Rehabilitation ausgewählt.

Politischer Ausgangspunkt für die Diskussion um Nachsorge zur weiteren Förderung von Teilhabe und Inklusion ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Telefon und Internet werden offensichtlich alters- und schichtbezogen von unterschiedlichen Rehabilitationsgruppen als Nachsorgeinstrument bevorzugt, Hausärzte sind eine Schaltstelle mit ihrer Heilmittelverordnung. Teilhabe und Lebensqualität (QoL) müssen für Forschung messbar gemacht werden. Bestimmte Gruppen von Behinderten haben unterschiedlichen Zugang zu Reha- und Teilhabe-Leistungen. Mängel in der sozialmedizinischen Begutachtung können dies mit bedingen. Verschiedene Projekte und Leistungen gestalten den Übergang zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), weniger

noch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) wurde häufig beforscht und dargestellt, der von der DRV vorgegebene Schwerpunkt liegt derzeit aber in der Orthopädie/muskuloskelettaler (MSK) Rehabilitation. Zwei Beiträge zeigten MBOR-Konzepte in der Neurologie. Relativ neu in der Tradition der DRV-Reha-Kolloquien ist die Beschäftigung mit der inter-/multiprofessionellen Teamorganisation. Auch die Rechtsprechung liefert neue Urteile zum persönlichen Budget.

In der nächsten Ausgabe der »Neurologie & Rehabilitation« werden die vorgestellten Beiträge um breit gefächerte Abstracts aus dem Bereich der Neurorehabilitation ergänzt. Thematisiert werden dann exogene Einflüsse auf kognitive Leistungsfähigkeit bei SHT-Patienten, Patientenschulung, Teilhabe-Einschränkung und E-Training bei MS-Patienten, aber auch partizipatives Reha-Management, die theoretische Fundierung therapeutischer Pflege, der Einfluss von Alter und Ätiologie auf die Ergebnisse, »Hands on«- vs. »Hands off«-Konzepte in der Physiotherapie sowie die ambulante Komplexbehandlung bei Parkinson.

*Wilfried Schupp*

### Teil 1: Indikationsunabhängige Themen

#### Plenarvorträge

**Die Bedeutung des Teilhabeparadigmas für die Zukunft der Rehabilitation – Konsequenzen aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen**  
M. Schmidt-Ohlemann

Die Konsequenz der Behindertenrechtskonvention für die medizinische Rehabilitation liegt darin, dass sie verstärkt auch die Teilhabeinteressen der Rehabilitanden als

behinderte Menschen neben den Heilungs-/Besserungswünschen als kranke Menschen in den Blick nehmen muss, mit dem Ziel, dass Teilhabe auch mit Behinderung und Krankheit möglich wird. Dies gilt insbesondere auch für Pflegebedürftige. Wenn Rehabilitation mehr Teilhabe erreichen will, muss sie näher an die Lebenswelt herandrücken. Dazu sind Maßnahmen deutlich zu flexibilisieren und modular alltagsbezogen und systembezogen (zumindest im Hinblick auf Familie und Arbeitsplatz/Betrieb) zu organisieren. Dabei kommt neben der Information und Beratung einem begleitenden Coaching sowie dem Peer Counseling im Sinne des Befähigungsansatzes eine zunehmende Bedeutung zu.

→ S. 24

## Reha-Ziele und partizipative Entscheidungsfindung

### Was möchten Patienten in der Rehabilitation erreichen? Eine Inhaltsanalyse freitextlich erfasster Zielformulierungen

I. Buchholz, T. Kohlmann

Gegenstand dieser Studie war es, Reha-Ziele bei Patienten der orthopädischen, onkologischen und psychosomatischen Rehabilitation zu ermitteln. Dabei zeigte sich, dass Reha-Ziele, die sich auf Lebensgewohnheiten beziehen (z.B. Ernährungsumstellung, Stressmanagement, Bewegungssteigerung), von den Betroffenen indikationsübergreifend formuliert wurden. Erkrankungsspezifische Ziele unterschieden sich hingegen je nach Indikation (z. B. Orthopädie: Schmerzreduktion, Onkologie: Krankheitsbewältigung). Inhaltlich wurden die Bereiche Körper (körperliche Funktionen, Schmerzen, körperliche Beschwerden, erkrankungsbezogene Risikofaktoren), Psyche (Wohlbefinden, Probleme und Symptome, Selbstentwicklung, Krankheitsbewältigung, interpersonelle Ziele), Teilhabe (Beruf, Alltag zu Hause) und Verhalten (Gesundheitsverhalten, Information und Aufklärung) in den Zielformulierungen abgedeckt. → S. 34

## Nachsorge

### Tradition vs. Moderne – Persönlich-telefonische vs. web-basierte Nachsorge

A. Reiser, H. Rüdell, R. Jürgensen

Eine vergleichende Betrachtung von telefonischen bzw. webbasierten Nachsorgeangeboten nach stationärer Rehabilitation ergab eine signifikante Überlegenheit der Web-Gruppe im Hinblick auf die berichtete depressive Symptomatik, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie somatoforme Beschwerden. Die automatisierte webbasierte Nachsorge kann folglich als ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Nachhaltigkeit von erzielten Rehabilitationseffekten betrachtet werden. → S. 47

### Nutzung vorrangig neuer Kommunikationstechnologien und der »boRN-App« zur Umsetzung einer patientenzentrierten bewegungsorientierten Nachsorge

A. Golla, K. Mattukat, R. Hoffmann, I. Ehlebracht-König, K. Kluge, W. Mau

Diese Untersuchung des Reha-Zentrums Bad Eilsen und der Teufelsbad Fachklinik Blankenburg testete ein bewegungsorientiertes Gruppentraining in Kombination mit Nachsorgeimpulsen via SMS oder E-Mail bzw. Brief oder Anruf im Vergleich zu einem indikationsspezifischen orthopädisch-rheumatologischen Standardprogramm. Patienten, die das Gruppentraining mit Nachsorgeimpulsen erhielten, fühlten sich besser auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet und planten ihre körperliche Aktivität konkreter als Probanden der routineversorgten Kontrollgruppe. Jüngere Studienteilnehmer sowie solche mit höherem Sozialstatus wählten dabei häufiger »neuere« Kommunikationsmittel wie SMS und E-Mail als bevorzugte Nachsorgemedien. → S. 59

### Nachsorgeempfehlungen und deren Umsetzung aus Sicht der Hausärzte

S. Jankowiak, R. Kaluscha, G. Krischak

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV-BW) erprobt gemeinsam mit dem Hausärzterverband Baden-Württemberg (HVBW) in einem Modellprojekt einen hausarztbasierten Ansatz zur stärkeren Inanspruchnahme von Nachsorgeaktivitäten. Dabei leistet der Hausarzt eine intensivierete Betreuung und dokumentiert seine Sicht in einem Rückkehrgespräch sowie zwölf Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme. Ein Großteil der Nachsorgeempfehlungen sowohl von Reha-Einrichtungen als auch von Hausärzten bezieht sich auf Funktionstraining und sportliche Aktivitäten, wobei diese auch am häufigsten von den Rehabilitanden umgesetzt werden. Es bleibt offen, ob angesichts der Breite der Problemlagen der Rehabilitanden nicht auch andere Maßnahmen wie Selbsthilfegruppen angebracht wären. → S. 61

### Wiedereingliederungsperspektiven und »subjektive Indikation« zur Stufenweisen Wiedereingliederung bei Reha-Antragstellern der Deutschen Rentenversicherung vor Beginn der Medizinischen Rehabilitation (Poster)

W. Bürger, M. Streibelt

Versicherte mit orthopädischer oder psychischer Erkrankung, bei denen ein besonderes Risiko für eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben besteht, profitieren von einer Stufenweisen Wiedereingliederung (STW). Bei diesen Versicherten könnte eine aktive Indikationsstellung zur STW in der Rehabilitation und eine entsprechende Vorbereitung und Einleitung einer STW die Erwerbsperspektive sehr wahrscheinlich deutlich verbessern helfen. → S. 69

## Assessmentinstrumente

### Vergleichende Evaluation der Verteilungseigenschaften und Änderungssensitivitäten zweier Versionen des EuroQol-Fragebogens

K. Thielker, I. Buchholz, P. Kupatz, T. Kohlmann

In dieser Studie wurden verschiedene Versionen (international häufig verwendeter generischer Selbstbeurteilungsinstrumente zur Lebensqualität methodisch miteinander verglichen. Besondere Beachtung wurde dem Vergleich von 3-Level- und 5-Level-Systemen des EQ-5D geschenkt. Der Fokus der Analysen lag auf der Ermittlung der Änderungssensitivität, welche maßgeblich von der Ausweitung des Antwortformats beeinflusst sein sollte. Beide Fragebögen erwiesen sich im Laufe der Untersuchung als änderungssensitiv. Die Autoren empfahlen jedoch aufgrund der höheren Trennschärfe die 5-Level-Version des EQ-5D-Fragebogens. → S. 77

### Die generische Messung von Teilhabe: Übersetzung und psychometrische Prüfung der PROMIS Itembanken zur Teilhabe an sozialen Rollen und sozialen Freizeitaktivitäten

M. Nagl, L. Gramm, K. Heyduck, M. Glattacker, E. Farin-Glattacker

Die deutsche Übersetzung der PROMIS-Itembank zur Teilhabe lieferte positive Ergebnisse für Akzeptanz, Verteilungseigenschaften und Reliabilität. Mit dieser Version der PROMIS-Teilhabe-Skalen liegt folglich ein methodisch geprüftes und generisch einsetzbares Messinstrument vor, welches zudem einen Vergleich mit den Daten aus internationalen Studien zur PROMIS-Initiative erlaubt. Die Prüfung weiterer Gütekriterien (Sensitivität, Retest-Reliabilität, Validität) steht noch aus. Aktuell wird die Einsetzbarkeit der Skalen im Bereich psychischer Erkrankungen geprüft. → S. 83

#### **Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten bei Multiple-Sklerose-Erkrankten – lässt sich die Zahlenstruktur des FERUS replizieren?**

J. Feicke, U. Spörhase, M. Wirtz

Ziel dieser Studie war es, die psychometrischen Eigenschaften des generischen Fragebogens FERUS zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten an einer Stichprobe von 105 MS-Betroffenen zu evaluieren. Für die Skalen wurde eine akzeptable bis sehr gute interne Konsistenz festgestellt. Die Befunde der exploratorischen Faktorenanalyse und Skalenanalyse konnten im Wesentlichen repliziert werden. Der FERUS war in der Lage, zwischen MS-Betroffenen und psychosomatisch Erkrankten zu unterscheiden, sodass von einer differentiellen Validität ausgegangen werden kann. Die konfirmatorische Analyse zeigte jedoch wichtige Optimierungsansätze auf, welche zu einer zufriedenstellenden Konstruktvalidität führen und eine ökonomischere Erfassung von Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen ermöglichen. → S. 99

#### **Teilhabschaften**

##### **Das Potential hochqualifizierter Arbeitskräfte mit Behinderung in Zeiten des Fachkräftemangels: Ergebnisse einer regionalen Transitionsstudie von der Hochschule in die Erwerbstätigkeit**

J. Bauer, M. Niehaus, S. Kohl, A. Baumann

Welche Barrieren den Übergang von hochqualifizierten Menschen mit Behinderung ins Erwerbsleben erschweren und deren chancengerechte Teilhabe verhindern, untersuchte diese Iststand-Analyse am Beispiel der Region Köln-Bonn. Erste Ergebnisse legen nahe, dass schwerbehinderte Studierende zumeist hochmotiviert sind und häufig hervorragende Studienabschlüsse erzielen. Barrieren beim Übergang ins Erwerbsleben zeigen sich hingegen durch die fehlenden Möglichkeiten, das eigene Qualifikationsprofil während des Studiums zu schärfen. Behinderungsbedingte Mehrbelastungen verkomplizieren das Knüpfen beruflicher Netzwerke und führen zu längeren Studienzeiten sowie fehlenden Praktika und Auslandsaufenthalten. Hinzu kommen psychologische Barrieren auf beiden Seiten, die oft durch Unsicherheiten und Informationslücken bedingt sind. → S. 107

##### **Keine Reha vor der Rente? Ergebnisse des Projekts »Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung«**

S. Martin, P. Zollmann

Trotz des Grundsatzes »Reha vor Rente« erhält ein beachtlicher Teil der Erwerbsminderungsrentner im Vorfeld der Berentung keine medizinische oder berufliche Rehabilitation – vor allem, weil keine Rehabilitation beantragt oder der Antrag abgelehnt wird. Sowohl Routinedaten der Rentenversicherung als auch Befragungsdaten aus dem Projekt legen nahe, dass dafür in den meisten Fällen ein erheblich beeinträchtigter Gesundheitszustand verantwortlich ist. Hinzu kommt, dass Betroffene häufig nicht über die Rehabilitationsmöglichkeiten Bescheid wissen. Es ist daher notwendig, Versicherte künftig noch besser über die Rehabilitationsmöglichkeiten der Rentenversicherung zu informieren und eine frühzeitige Behandlung von Gesundheitsbeeinträchtigungen – insbesondere bei Personen mit hohem Erwerbsminderungsrisiko – anzuregen. → S. 109

##### **Das neue Internetportal [www.rehadat-forschung.de](http://www.rehadat-forschung.de): Projekte zur beruflichen Teilhabe und Inklusion behinderter Menschen**

J. Saidie, G. Semml

In der REHADAT-Forschungsdatenbank werden Informationen über laufende und abgeschlossene Projekte aus dem Bereich der beruflichen Integration behinderter Menschen seit 1993 dokumentiert und veröffentlicht. Das neue REHADAT-Portal führt die Informationen über die Projekte mit den an verschiedenen Stellen vorhandenen Informationen über Forschungsinstitute und Wissenschaftler sowie den projektbezogenen Veröffentlichungen und Abschlussberichten zusammen und ergänzt diese durch Hinweise auf Veranstaltungen und aktuelle Meldungen. In einem nächsten Schritt des interaktiven Entwicklungsverfahrens sollen die Erfahrungen aus dem Echtbetrieb in die Struktur einfließen und es soll eine kontinuierliche Anpassung erfolgen. → S. 111

#### **Reha-Ökonomie**

##### **Welche zusätzlichen Ressourcenverbräuche sind bei Umsetzung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zu erwarten?**

I. Brandes, M. Bethge, S. Löffler, S. Neuderth, B. Schwarz, M. Schwarze, M. Streibelt, H. Vogel

Die Durchführung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR) war im Vergleich zu einer regulären orthopädischen Rehabilitation im Modell mit erhöhten Personalkosten von bis zu 264€ sowie einem höheren zeitlichen Aufwand verbunden. Der Zusatzverbrauch resultierte vor allem aus dem spezifischen diagnostischen und therapeutischen Angebot in der MBOR. Als wichtige die Kosten modulierende Einflussgröße ermittelten die Autoren die für die therapeutischen Angebote angenommene Gruppengröße. Bei der Interpretation der gesundheitsökonomischen Ergebnisse ist allerdings zu beachten, dass sich der Ressourcenverbrauch im Modell sich

nicht mit den tatsächlich berichteten Reha-Ergebnissen einer Ist-Analyse verknüpfen ließ und daher keine Aussagen zur Kosten-Nutzen-Relation möglich sind. → S. 123

### Reviews und Meta-Analysen

#### Reliabilität der Evaluation Funktioneller Leistungsfähigkeit nach Isernhagen: Eine systematische Literaturübersicht

S. Bieniek, J. Briest, M. Bethge

Diese Übersicht fasste systematisch Daten zur inter-rater- sowie Test-Retest-Reliabilität der Evaluation Funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL) nach Isernhagen zusammen. Für den Leistungsbereich Kraft- und Lastenhandhabung erreichten die Werte sowohl für die Inter- als auch Test-Retest-Reliabilität konsistent ein akzeptables Niveau. Gleiches fand sich für die Test-Retest-Reliabilität zum Gleichgewichtstest. Bei Anwendung dieser Items kann im Rahmen einer anforderungsorientierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsdiagnostik von einer reliablen Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Für die Items der Haltung/Beweglichkeit und Fortbewegung ist aufgrund der widersprüchlichen Evidenz weitere Forschungsarbeit nötig. → S. 135

#### Ist der Einsatz des Therapeutischen Kletterns gerechtfertigt?

##### Eine Literaturanalyse

C. Grzybowski, E. Eils

Der hohe koordinative Anspruch des Kletterns bietet in Verbindung mit dem beträchtlichen Aufforderungs- und Motivationscharakter eine gute Voraussetzung zur Therapie vieler Beschwerden. Bislang am besten untersucht ist der orthopädische Bereich, insbesondere der Rücken. Hier wirkte sich das Klettern in den betrachteten Arbeiten besonders positiv auf Kraft, Beweglichkeit und Muskelbalance, aber auch auf Schmerzreduktion und alltagsbezogene Lebensqualität aus. Dennoch fehlen bislang systematische Grundlagenstudien sowie darauf aufbauende Vergleichs-/Interventionsstudien, um den Einsatz der Maßnahme und deren Effektivität und Wirksamkeit bei diversen Krankheitsbildern ausreichend begründen zu können. → S. 139

### Reha-System

#### Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und Frührehabilitation in der GKV bei Versicherten im höheren Lebensalter mit besonderem Fokus auf Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

M. Meinck, N. Lübke, U. Polak

Maßnahmen der Frührehabilitation und Rehabilitation im höheren Lebensalter leisten in Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation und dem Umstand, ob es sich um Anschlussrehabilitationen mit/ohne vorausgehende Frührehabilitation, normale Rehabilitation ohne Krankenhausbehandlung oder Krankenhausbehandlung mit Frühreha ohne Anschlussreha handelt, einen rele-

vanten Beitrag zur Umsetzung des Grundsatzes Rehabilitation vor und bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung. → S. 150

#### ProPASS – ein neues Konzept für (»pro«) den Übergang (the »pass«) von der Reha in die häusliche Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

A. Menzel-Begemann, D. Schaeffer

Zu den Kernelementen dieses Ansatzes gehören vier unterschiedliche, flexibel nutzbare Interventionsmodule (Probe-Wohnen, Training pflegerischer Fertigkeiten, Schulung und Kompetenzförderung, Selbstinformations-/Selbstlernzentrum), mit denen Patienten und Angehörige bereits in der stationären Einrichtung praktisch auf die häusliche Pflegesituation vorbereitet werden. Die Wiedererlangung sozialer Teilhabe nach dem Klinikaufenthalt kann so beschleunigt und Überlastungserscheinungen vorgebeugt werden. → S. 152

### Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Rehabilitation

#### Die mehrfache Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse

F. M. Radoschewski, W. Lay, I. Mohnberg

Die höchsten Anteile wiederholter Leistungen wiesen in dieser Längsschnittanalyse die Geburtsjahrgenerationen 1950–1959 auf, die bei beiden Geschlechtern zu mehr als 40% mindestens zwei medizinische Rehabilitationsmaßnahmen abschlossen. Am häufigsten folgen weitere medizinische Rehabilitationsleistungen auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (33%), sieht man von Suchterkrankungen ab, bei denen bei jeder zweiten Person mindestens eine weitere Leistung in Anspruch genommen wurde. Anlass weiterer Rehaleistungen war mehrheitlich die gleiche Diagnosegruppe wie bei der ersten Leistung. Der zeitliche Abstand der Rehabilitationsleistungen erwies sich als stark von der jeweiligen Indikation abhängig und variierte deutlich. → S. 176

#### Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des Übergangs zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

S. Jankowiak, R. Kaluscha, J. Holstiege, G. Krischak

Für eine optimale Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation müssen Faktoren identifiziert werden, die die Übergangszeit positiv oder negativ beeinflussen. Als solche Faktoren wurden soziodemographische Merkmale identifiziert, Ausbildung und Merkmale der beruflichen Situation, die Hauptdiagnose, die Arbeitsfähigkeit in den letzten zwölf Monaten vor der Rehabilitation, positives und negatives Leistungsvermögen zu Rehabilitationsende, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu Rehabilitationsende, die ärztliche Empfehlung für eine nachfolgende Leistung zu Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die Art der LTA-Maßnahme sowie der Zeitraum zwischen LTA-Antrag und -Bewilligung. → S. 180

## Epidemiologie und Reha-Bedarf

### Prognose des Rehabilitationsbedarfs bis 2040 anhand aktueller Risikoklassifikationen

G. Krischak, J.P. Schmidt, R. Kaluscha, I. Gassner, D. Rakowski, M. C. Christiansen

Hinsichtlich der Entwicklung der Zahl der Rehabilitationsfälle bis 2040 ermittelte dieses neue Prognosemodell mit hoher Wahrscheinlichkeit zunächst eine Zunahme bis 2017 und dann eine deutliche Abnahme der Fälle bis 2040. Die Kosten werden nach Annahme der Autoren jedoch inflationsbereinigt nicht in diesem Maße absinken, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit sogar steigen. Die Budgetierung in Koppelung mit der zu erwartenden Lohnsteigerungsrate wird hierbei nicht die zu erwartenden Kostensteigerungen decken. Wesentlichen Einfluss auf das Modell hat die Annahme einer Erhöhung der Erwerbsquote älterer Versicherter, wodurch bereits im mittleren Szenario der demographiebedingte Abfall der Rehabilitationsfälle bis 2040 kompensiert wird. → S. 197

## Kooperation im Reha-Team

### Aspekte erfolgreicher Rehabilitation aus Perspektive von Beschäftigten stationärer Rehabilitationseinrichtungen – Eine interdisziplinäre, qualitative Bestandsaufnahme

M. Stamer, M. Zeisberger, A. Bayat-Graw, I. Brandes, T. Meyer

Diese schriftliche Befragung richtete sich an Mitarbeiter aus Medizin, Psychologie, Pflege, Bewegungs- und Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Qualitätsmanagement und den sozialen und pädagogischen Dienst von 80 kardiologischen und 80 orthopädischen stationären Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Sie ergab mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Themenfeldern, die aus Perspektive der Mitarbeiter und damit auch aus Einrichtungsperspektive unter Erfolgsgesichtspunkten als relevant betrachtet werden. So zeichneten sich u. a. Hinweise darauf ab, dass ein Zusammenhang zwischen der Art und Weise einrichtungsbezogener Gestaltung interdisziplinärer Kommunikation und Kooperation und dem Modus der Kommunikation zwischen Beschäftigten und Rehabilitanden besteht. Aufbauend auf den Ergebnissen der schriftlichen Befragung soll eine qualitative Hauptuntersuchung potentielle Merkmale erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen anhand von Beobachtungen, Interviews und Fokusgruppen im Rahmen von einwöchigen Klinikvisitationen vertiefend analysieren. → S. 208

### Entlastung von Ärzten und Pflegekräften durch Reha-AssistentInnen

J. Höder, A. Arlt, O. Kettner

Der Einsatz der Reha-Assistenz stellte sich im Rahmen dieser Untersuchung als praktisch bewährte Option heraus, um Ärzte und Pflegekräfte ohne steigende Kosten und ohne Abstriche in der Arbeitszufriedenheit durch Übernahme zahlreicher Aufgaben zu entlasten. Die Assistenten übernahmen eine Vielzahl verschiedener Aufga-

ben und ersparten dem Arzt damit durchschnittlich rund 10 Minuten Zeitaufwand pro Rehabilitand. Sowohl nach eigener Einschätzung als auch im Urteil aller anderen Beteiligten erwiesen sich die Reha-Assistenten ihren Aufgaben als voll gewachsen und wurden von Mitarbeitern wie Rehabilitanden in ihrer Rolle akzeptiert. → S. 213

### Evaluation der interprofessionellen Teamarbeit in der stationären Rehabilitation – Ein Vergleich zwischen Führungskräften und Behandler Teams (Poster)

L. Zimmermann, A. Konrad, C. Müller, M. Körner

Diese Querschnittsstudie an sechs deutschen Rehabilitationskliniken ergab, dass Teamentwicklung sowohl von Führungskräften als auch von den Behandlern in der medizinischen Rehabilitation als ein wichtiges Thema eingestuft wird. Die Führungskräfte betrachten es sogar als wichtiger als die Behandlungsteams selbst. Die Bewertung der verschiedenen Aspekte der Teamarbeit zeigt Bedarf zur Verbesserung der verschiedenen Aspekte der interprofessionellen Teamarbeit. Der signifikante Unterschied in der Bewertung der Mitarbeiterpartizipation bei Entscheidungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern belegt die hierarchische Struktur in den Kliniken und weist auf einen autoritären Führungsstil hin, welcher mit unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der Führungskräfte und Mitarbeiter verbunden ist. Durch den Aufbau eines partizipativen Führungsstils im Rahmen von Teamentwicklung könnte diese Diskrepanz verringert werden. → S. 218

## Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation II

### Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie (BoReM-N) – Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt 6 Monate nach Reha

A. Menzel-Begemann, A. Hemmersbach

Die Zwischenergebnisse dieser Interventionsstudie in zwei Einrichtungen lassen erkennen, dass das beruflich orientierte Vorgehen im Rahmen des Reha-Moduls, das insbesondere auf Erfahren, Erkennen und Einschätzen eigener Stärken und Schwächen zur Vorbereitung auf die anstehenden beruflichen Herausforderungen setzt, in der Lage ist, unter anderem das Krankheitsbewusstsein zu fördern und die Betroffenen besser auf die Rückkehr in den Beruf vorzubereiten als die Standard-Behandlung. Künftig interessant könnte sein, sowohl reintegrationsbezogene Parameter als auch die langfristigen Erfolge der Maßnahme in den Blick zu rücken. → S. 259

## Sozialmedizin

### Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung Bund mittels des Peer Review-Verfahrens

H. Vogel, A. Strahl, C. Gerlich, H.-D. Wolf, H. Mai, J. Gehrke

Die in dieser Pilotstudie im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens ermittelte Reliabilität der Gutachten erwies sich

im Kontext vorhandener Forschungsdaten und Studien als akzeptabel. Die Konstruktion als indikationsübergreifendes Bewertungsinstrument konnte durch die Daten bestätigt werden. Durch Überarbeitung bzw. Kürzung einzelner Prüffragen lässt sich die Reliabilität erhöhen. Um künftig einheitlichere Bewertungsmaßstäbe der Peers gewährleisten zu können, bedarf es einer Peer-Schulung sowie eines praxisbegleitenden kontinuierlichen Auffrischungstrainings. → S. 320

#### **Sozialmedizinische Begutachtung: Inhaltsanalyse von Mängeln in Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente**

J. Gehrke, A. Müller-Garnn

Welche Mängel in Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente auftreten und welchen Nutzen eine inhaltsanalytische Auswertung der Mängel für die Qualitätssicherung in den Häusern der Rentenversicherungsträger hat, untersuchte diese Analyse von 260 sozialmedizinischen Gutachten. In der Zusammenschau zeigten die Ergebnisse, dass die untersuchten Gutachten in der Mehrzahl den qualitativen Anforderungen genügen. Typische von den Ärzten angegebene Mängel beziehen sich z.B. auf das Nichteinhalten der geforderten formalen Gliederung, die Verwendung veralteter oder falscher sozialmedizinischer Termini oder das Fehlen von Angaben bei den für die Epikrise relevanten Befunden. Hinsichtlich des Nutzens der Gutachten kamen die Autoren zu dem Schluss, dass die durchgeführte Inhaltsanalyse der Mängel konkrete Rückmeldungen zu spezifischen Problemkonstellationen in Gutachten liefert, die über die sonst in anderen Qualitätssicherungsverfahren übliche quantitative Betrachtungsweise hinausgeht. → S. 322

#### **Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach Schädelhirntrauma unter Berücksichtigung exogener Einflussfaktoren im Rentenbegutachtungsverfahren**

H.-H. Walk, E. Wehking

Die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist trotz neuropsychologischer Testverfahren schwierig und nicht frei von exogenen Einflussfaktoren. Diese prospektive Studie bestimmte an 100 Gutachtenprobanden

mit in der Bildgebung gesicherter Hirnkontusion die Carbohydratedeficienttransferrin-Werte und führte ein Drogenscreening im Urin durch. Das Ergebnis: Ohne Laboruntersuchungen konnte gutachterlich nicht eingeschätzt werden, ob neuropsychologische Defizite zusätzlich durch einen Substanzmittelmissbrauch beeinflusst werden. Die Autoren raten daher dazu, bei Männern im Alter bis 40 Jahre eine Untersuchung auf Cannabis im Urin durchzuführen. Bei Probanden über 50 Jahren sollte zusätzlich eine Kernspintomographie Aufschluss über mögliche unfallunabhängige Hirndurchblutungsstörungen liefern. → S. 324

### **Rechtswissenschaften**

#### **Neue Rechtsprechung zum Persönlichen Budget**

F. Welti

Auf die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe eines oder mehrerer Rehabilitationsträger als Persönliches Budget besteht ein Anspruch (§§ 17 Abs. 2, 159 Abs. 5 SGB IX). Voraussetzung des Anspruchs ist, dass gegen den oder die beteiligten Rehabilitationsträger ein Anspruch dem Grunde nach auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Steht diese im Ermessen, steht auch das Budget insoweit im Ermessen, das aber durch Sinn und Zweck des Budgets und das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 Abs.1 SGB IX) gebunden ist. Vor der Entscheidung über ein Persönliches Budget ist der individuelle Bedarf an Leistungen zur Teilhabe durch einen zuständigen Rehabilitationsträger umfassend, träger- und leistungsgruppenübergreifend festzustellen. Der Anspruch auf ein Persönliches Budget ist auf eine monatliche Geldleistung gerichtet, die – nach Maßgabe der Zielvereinbarung (§ 4 BudgetV) – als eigenständige Pauschalleistung zur Deckung des festgestellten Bedarfs zu verwenden ist. → S. 344

*Quelle: Die Kurzdarstellungen sind aus dem Tagungsband (DRV-Schriften Band 101, im Internet bestellbar unter [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)) exzerpiert. Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf das jeweilige Original-Abstract in diesem Tagungsband.*



Maria-Dorothea Heidler

## Das Arbeitsgedächtnis

Ein Überblick für Sprachtherapeuten,  
Linguisten und Pädagogen

Hippocampus Verlag,  
Bad Honnef 2013  
broschiert, 252 S., € 34,95  
ISBN 978-3-936817-91-1

Bestellung im Buchhandel oder unter: [verlag@hippocampus.de](mailto:verlag@hippocampus.de) | Tel.: 02224/91 94 80

NEU