



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.
Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Mitteldeutschland (BBMD)
in Kooperation mit
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Profilzentrum Gesundheitswissenschaften der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG



- ABSTRACTS -

zum

21. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium

„Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis –
Chancen und Herausforderungen“

30. Oktober 2020, Halle

Inhalt

I „Transfer aus verschiedenen Perspektiven“

Keynote: „Anspruch und Realität praxisrelevanter Rehabilitationsforschung – Multiperspektivische Lösungsansätze für die erfolgreiche Umsetzung von Projektergebnissen“

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

„Forschungsbrennpunkte zur Anwendung des Rechts zum inklusiven Arbeitsmarkt“

Prof. Dr. Katja Nebe, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

„Wie könnte die Umsetzung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung gelingen?“

André Golla, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

mit Kommentar aus Sicht eines Leistungsträgers: „Verbesserung der Teilhabe von Pflegebedürftigen“

Chris Behrens, AOK Nordost

Verleihung des Forschungs- und Innovationspreises der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.

mit Vortrag der ersten Preisträger: „Physical Fitness Training in Patients with Subacute Stroke (PHYS-STROKE): multicentre, randomised controlled, endpoint blinded trial“

Dr. Alexander Nave und Torsten Rackoll, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Laudatio: Brigitte Gross, Deutsche Rentenversicherung Bund

II „Transformation von Forschungsergebnissen in neue Rehabilitations – und Ausbildungskonzepte“

„Screening der Über-45-Jährigen zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs: Ergebnisse aus dem Praxistest“

Sebastian Bernert, Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Rehabilitationsbedarf bei Patient*innen in ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse einer versorgungsepidemiologischen Studie“

Prof. Dr. Michael Linden, Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Soziale Ungleichheiten im Zugang von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Ergebnisse aus dem SPE-III“

Jenny Markert, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

„Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen“

Dr. Susanne Weinbrenner, Deutsche Rentenversicherung Bund

„Rehabilitation im neuen Gegenstandskatalog Medizin und im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM)“

Prof. Dr. Wilfried Mau, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

„Stand und Perspektiven der rehabilitationsbezogenen Ausbildung nicht-ärztlicher Berufsgruppen“

Laura Retznik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Keynote: „Anspruch und Realität praxisrelevanter Rehabilitationsforschung – Multiperspektivische Lösungsansätze für die erfolgreiche Umsetzung von Projektergebnissen“

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Das Thema „Umsetzung“ begleitet die Rehabilitationsforschung, zumindest in der Rentenversicherung, von Anfang an: 1975 beschloss der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) die Förderung von „Sozialmedizinischen Untersuchungen zur Verbesserung der Rehabilitationsleistungen“. Zumindest bei den Rehabilitationsträgern ist die Umsetzung oder Implementation der Forschungsergebnisse wichtig für die Legitimation der Forschungsförderung.

Umsetzung im engeren Sinne meint die Veränderung der Praxis der Rehabilitation, in den Rehabilitationseinrichtungen, bei den Rehabilitationsträgern, bei anderen Akteuren. Die Forschung weist auf Probleme hin und bietet Lösungen an. Sie stellt Instrumente und Verfahren für den Einsatz in der Rehabilitation zur Verfügung. Beispiele sind die Forschungsergebnisse zur Patientenschulung und zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), zu deren Umsetzung viele Bausteine beigetragen haben.

Die Erwartungen der Stakeholder an die Umsetzung sind hoch: Sie soll möglichst rasch und flächendeckend erfolgen. Umsetzung ist aber ein komplexer Prozess, nicht nur in der Rehabilitation. Dort geht es oft um soziale Innovationen.

Umsetzbare Forschungsergebnisse müssen für die Praxis relevant, publiziert, methodisch überzeugend gewonnen und repliziert sein. Die Forschungsförderer können dazu beitragen. Mit dem Transfer von Forschungsergebnissen beschäftigt sich die Implementierungswissenschaft (seit 2006 gibt es das Journal „Implementation Science“). Dort finden sich viele Theorien und Modelle (z. B. das Theoretical Domains Framework TDF). Einen Königsweg zur erfolgreichen Umsetzung gibt es aber nicht. Deutlich wird aber, dass viele verschiedene Perspektiven und Akteure berücksichtigt werden müssen. Implementation von Forschungsergebnissen ist oft aufwendiger als die Forschung selbst.

Der Begriff „Umsetzung“ impliziert eine Richtung: Forschung -> Praxis; „Transfer“ oder „Wissenstranslation“ sind diesbezüglich neutral und lassen beide Richtungen zu: Forschung -> Praxis und Praxis -> Forschung. Die Beteiligung der Akteure aus der Praxis schon bei der Forschung erleichtert den Wissenstransfer.

„Forschungsbrennpunkte zur Anwendung des Rechts zum inklusiven Arbeitsmarkt“

Prof. Dr. Katja Nebe
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Das Bundesteilhabegesetz zielt im Bereich des Arbeitslebens darauf, Menschen mit Behinderung die gleichberechtigte Teilhabe an einem offenen, inklusiven und zugänglichen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Mit neuen Instrumenten soll der Weg aus Sonderarbeitswelten erleichtert werden. Im Rahmen des Kooperationsprojektes „Partizipatives Monitoring der aktuellen Entwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts bis 2021“ unterstützen die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und vier wissenschaftliche Kooperationspartner den aktuellen Reformprozess durch Begleitforschung.

Der Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht, Recht der Sozialen Sicherheit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist einer der vier Kooperationspartner. Hier werden vor allem die neuen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 60-63 SGB IX), die Stufenweise Wiedereingliederung/Return to work und die Verzahnung sozialrechtlicher Leistungen mit den Organisationspflichten der Arbeitgeber*innen untersucht. Hinsichtlich der bereits etablierten Rehabilitationsleistungen liegt der Fokus vor allem auf der Beobachtung und Kommentierung aktueller Rechtsprechung.

Hinsichtlich der neuen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (v.a. Budget für Arbeit und Budget für Ausbildung) steht die Implementation der Leistungen im Mittelpunkt der Beobachtung. Rechtsprechung ist insoweit noch nicht ergangen. Der Reformprozess ist diesbezüglich zunächst am Verwaltungshandeln der Leistungsträger und an der Umsetzungsbereitschaft der maßgeblichen Akteure, einschließlich der Betriebe, zu bestimmen. Im Kern werden die erkennbaren Schritte daran gemessen, ob sie im Sinne des gesetzgeberischen Reformprozesses die Fehlsteuerung in die Eingliederungshilfe aufzubrechen vermögen und ob die Menschen mit Behinderung für ihre jeweils individuelle Lebensverlaufsperspektive eine partizipatorische Teilhabepflicht erfahren, damit sie nachhaltig am allgemeinen Arbeitsmarkt teilhaben können. Der Vortrag gibt einen Überblick über den aktuellen Beobachtungsstand.

„Wie könnte die Umsetzung von Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung gelingen?“

André Golla

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellt einen besonderen Rehabilitationszugang im Kontext des gesetzlich verankerten Grundsatzes ‚Rehabilitation vor und bei Pflege‘ dar. Stellt der MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Rehabilitationsindikation fest, wird eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen und an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse informiert anschließend die Versicherten über die Rehabilitationsempfehlung und leitet die Empfehlung mit Zustimmung der Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger (in den meisten Fällen an die Krankenkasse) weiter. Die Empfehlung wird dadurch zum Antrag auf Leistungen zur medizinische Rehabilitation nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Nach Statistiken des GKV-Spitzenverbandes mündete in den letzten Jahren etwa nur jede vierte ausgesprochene Empfehlung in einer tatsächlich realisierten medizinischen Rehabilitationsleistung. Diesem Sachverhalt widmet sich der vorliegende Beitrag, wobei hierbei eine Verknüpfung von Forschungserkenntnissen und der praxisbezogenen Perspektive erfolgt.

Im ersten Teil werden ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Studie zu Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsempfehlungen vorgestellt. Auf Basis von umfangreichen Interviews mit Mitarbeiter*innen von medizinischen Diensten sowie von Pflege- und Krankenkassen ließen sich im Rahmen der Studie ein breites Spektrum an potentiellen Einflussfaktoren im Zugangsverfahren identifizieren. Im Vortrag werden die Erkenntnisse zu den versichertenseitigen Handlungsmotiven bezüglich der Zustimmung zu einer Rehabilitationsempfehlung dargestellt und die aus Forschungsperspektive abgeleiteten Empfehlungen an die Pflegekassen präsentiert. Anknüpfend an diese Empfehlungen wird im zweiten Teil des Beitrags die praxisbezogene Sichtweise eines Leistungsträgers in den Fokus gerückt. Hierzu werden aus Perspektive der AOK Nordost die Potentiale zur Teilhabeverbesserung von Pflegebedürftigen thematisiert und die dargestellten Forschungsaspekte unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten eingeordnet.

„Physical Fitness Training in Patients with Subacute Stroke (PHYS-STROKE): multicentre, randomised controlled, endpoint blinded trial“

Dr. Alexander H. Nave ¹⁻⁴ & Torsten Rackoll ^{1,5}

¹Centrum für Schlaganfallforschung Berlin (CSB), Charité – Universitätsmedizin Berlin

²Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

³Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung eV (DZHK), Standort Berlin

⁴Berlin Institute of Health (BIH), Berlin

⁵QUEST Center for Transforming Biomedical Research, Berlin Institute of Health (BIH), Berlin

Aerobes Laufband-gestütztes Fitness-Training wird im Rahmen rehabilitativer Behandlungskonzepte bereits in der Subakutphase des Schlaganfalls eingesetzt und von internationalen Fachgesellschaften empfohlen. Die Evidenz basiert dabei auf Metaanalysen kleiner, randomisiert-kontrollierter Studien mit zum Teil deutlicher Heterogenität zwischen den einzelnen Studien hinsichtlich Studienpopulation, Trainingsart und -intensität sowie Zeitpunkt des Interventionsbeginns nach Schlaganfall. Die Studienergebnisse der großen multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Schlaganfallrehabilitationsstudie – Physical Fitness Training in Patients with Subacute Stroke (PHYS-STROKE) – mit insgesamt 200 moderat bis schwer betroffenen Schlaganfallpatienten im frühen subakuten Stadium (Tag 5 – 45 nach Schlaganfall), tragen einen wichtigen, klinisch relevanten Beitrag zur bisherigen Evidenz der frühen Schlaganfallrehabilitation bei und sollten in zukünftigen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen Berücksichtigung finden.

Durchgeführt wurde die Studie an sieben neurologischen Rehabilitationskliniken in Berlin und Brandenburg. Zusätzlich zur rehabilitativen Standardtherapie (bestehend aus Physio-, Logo- und Ergotherapie), wurden die Patienten entweder zu einem körpergewichtsunterstütztem, Laufband-basierten, aeroben Fitnesstraining (Studienintervention) oder zu Entspannungsübungen (Kontrollintervention) randomisiert. Die Intervention erfolgte für 25 Minuten, fünf Tage die Woche, für insgesamt vier Wochen. Der kombinierte primäre Endpunkt der Studie bestand aus der Veränderung der maximalen Ganggeschwindigkeit (gemessen im 10-Meter-Gehtest) sowie der Alltagskompetenz (quantifiziert durch den Barthel-Index) zum Zeitpunkt drei Monate nach Schlaganfall im Vergleich zum Ausgangswert. Prädefinierte Sicherheitsendpunkte waren erneute vaskuläre Ereignisse (Myokardinfarkt, Schlaganfall / TIA), Verlegung in ein Akutkrankenhaus und Tod. Die Ergebnisse dieser Studie ergaben, dass ein Laufband-gestütztes aerobes Fitnesstraining im subakuten Stadium nach Schlaganfall einer Kontrollintervention bestehend aus Entspannungsübungen hinsichtlich der Veränderung der maximalen Ganggeschwindigkeit (adjustierter durchschnittlicher Behandlungseffekt 0,1 m/s; 95%-KI 0,0–0,2 m/s; p=0,23) und der Alltagskompetenz (0; 95%-KI –5–5); p=0,99) nach drei Monaten nicht überlegen war. Gleichzeitig konnte in der Fitnessgruppe eine erhöhte Anzahl schwerer unerwünschter Ereignisse beobachtet werden (IRR 1,81, 95%-KI 0,97– 3,36), insbesondere erneuter Schlaganfall oder TIA (IRR 2,41, 95%-KI 0,64 – 9,10).

„Screening der Über-45-Jährigen zur Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs: Ergebnisse aus dem Praxistest“

Sebastian Bernert
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Das sogenannte „Flexirentengesetz“ sieht nach § 14 (3) SGB VI vor, dass für Versicherte ab 45 Jahren die „Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsfürsorge für Versicherte [...] trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird.“ Daher hat die DRV Bund ein Screening entwickelt, welches auf den fünf Dimensionen Erwerbsfähigkeit, psychische Befindlichkeit, Funktionsfähigkeit, Bewältigungsverhalten sowie Sport und Bewegung den Präventions- und Rehabilitationsbedarf bei Über-45-Jährigen erfassen soll. Ziel der vorliegenden Studie war die Bestimmung von psychometrischen Eigenschaften dieses Screenings. Hierzu wurde eine Querschnittsstudie mit Versicherten im Alter von 45 bis 60 Jahren in drei Rentenversicherungen durchgeführt (DRV Berlin-Brandenburg, DRV Bund und DRV Mitteldeutschland). Drei Stichproben wurden gezogen und postalisch kontaktiert: 1. Versicherte ohne Leistungsanspruchnahme in den vergangenen 4 Jahren (n=4.000); 2. Versicherte mit Rehaantrag (n=10.000) und 3. Versicherte (nur DRV Bund) mit Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (n=1.000).

Alle Stichproben erhielten zur Beantwortung den Screening-Bogen und weitere ausgewählte Instrumente, die der Kriteriumsvalidierung dienten. Insgesamt antworteten 5746 Versicherte. Fehlende Werte auf Item-Ebene traten zwischen 0,5% und 2,8% auf. Es zeigte sich sowohl auf Item- als auch auf Dimensionsebene ein unterschiedliches Beeinträchtigungsniveau der drei Stichproben in den fünf Dimensionen. Versicherte der Stichprobe 1 (ohne Leistung) wiesen das geringste Beeinträchtigungsniveau auf, solche der Stichprobe 3 (LTA) das höchste Beeinträchtigungsniveau. Die interne Konsistenz lag für die Dimension Sport und Bewegung mit Cronbachs $\alpha = 0,64$ in einem mäßigen Bereich, für die anderen vier Dimensionen zwischen $\alpha=0,79$ und $\alpha=0,90$ in einem guten bis exzellenten Bereich. Die Kriteriumsvalidität von Ü45-Screening-Dimension zu den genannten Validierungsinstrumenten lag zwischen $r=0,6$ und $r=0,78$, für die Dimension Sport und Bewegung zwischen $r=0,08$ und $r=0,26$.

Das Screening zeichnet sich durch insgesamt gute psychometrische Eigenschaften sowie eine gute Reliabilität und Kriteriumsvalidität aus. Die Dimensionen Erwerbsfähigkeit sowie psychische Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit diskriminieren am meisten zwischen Versichertengruppen mit unterschiedlichen Belastungen und könnten damit besonders nützlich im Screening-Prozess sein.

„Rehabilitationsbedarf bei Patient*innen in ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse einer versorgungsepidemiologischen Studie“

Prof. Dr. Michael Linden

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der
Medizinischen Klinik m. S. Psychosomatik der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Psychische Erkrankungen nehmen in vielen Fällen einen chronischen Verlauf und gehen mit Behinderungen und/oder Teilhabestörungen einher. Ziele der Behandlung einer chronischen Erkrankung sind nach International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) die Besserung

- a) der Symptomatik / Funktionsstörungen,
- b) der Fähigkeitsbeeinträchtigungen,
- c) der Teilhabeeinschränkungen.

Psychotherapie ist eine Therapiemethode, die alle Ebenen beeinflussen kann.

Zur Klärung der Bedeutung chronischer Störungen und sozialmedizinischer Interventionsnotwendigkeiten wurde mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg eine Studie durchgeführt, in der 131 Psychotherapeuten*innen (43,5% Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 55,7% Verhaltenstherapie) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 16 Jahren durch Forschungsmitarbeiter*innen in ihren Praxen zu 322 zuletzt behandelten Patienten*innen befragt wurden.

Die Erkrankungsdauer war bei 99% Patienten*innen länger als 1 Jahr. Nach Urteil der Therapeut*innen lag bei 79% eine chronische bzw. rezidivierende Langzeiterkrankung vor. Bei etwa 25% lagen erhebliche Teilhabeeinschränkungen in Alltagsaktivitäten, Freizeit, persönlichen Beziehungen und Arbeit vor. Vorrangige berufliche Belastungen sind Überforderung (52,8%) und Arbeitsplatzkonflikte (36,2%). Ca. ein Viertel war bereits in psychosomatischer Rehabilitation bei einem weiteren Viertel erscheint eine psychosomatische Rehabilitation indiziert.

Die Daten zeigen, dass Richtlinienpsychotherapeut*innen nahezu ausschließlich Menschen mit Langzeiterkrankungen und Teilhabeeinschränkungen behandeln, d.h. Behinderungen nach SGB IX, §2. Da lt. Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sich pro Jahr etwa 500.000 Menschen sich in einer Richtlinienpsychotherapie befinden, ergibt sich unter Zugrundelegung unserer Daten rechnerisch ein potentieller Bedarf an psychosomatischer Rehabilitation von etwa 100.000 Patient*innen. Es bedarf weiterer Untersuchungen zur Priorisierung von Behandlungsindikationen.

Linden, M., Solvie, J. und Schymainski, D.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Medizinischen Klinik m. S. Psychosomatik der Charité – Universitätsmedizin Berlin

„Soziale Ungleichheiten im Zugang von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Ergebnisse aus dem SPE-III“

Jenny Markert
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit und die medizinische Versorgung ist vielfach belegt. Bei Rehabilitation und Erwerbsminderung gibt es Hinweise, dass Personen mit niedrigem sozialen Status die Reha-Maßnahmen mit schlechterer Gesundheit erreichen und ein höheres Risiko auf eine Erwerbsminderungsrente haben. Der Beitrag analysiert die Bedeutsamkeit sozialer Ungleichheiten im Zugang von medizinischer Rehabilitation bei einer Risikokohorte der Deutschen Rentenversicherung. Grundlage der Sekundärdatenanalyse ist das „Dritte Sozialmedizinische Panel für Erwerbspersonen (SPE-III)“ mit Fragebogendaten von 40- bis 54-jährigen Versicherten sowie deren administrativen Daten aus den Jahren 2013 bis 2016.

Der soziale Status wurde als sozioökonomischer Status (SES-Index) und in der Einzeldimension Bildung als Prädiktor herangezogen. Die Zugangsentscheidungen hinsichtlich Beantragung, Bewilligung und Bewilligung nach Widerspruch wurden mithilfe logistischer und Cox-Regressionsanalysen untersucht, erfolgten getrennt nach Geschlecht und wurden auf Alter, Erwerbsstatus sowie subjektiver Gesundheit adjustiert. Von 2.376 Versicherten, davon 1.284 Frauen, stellten 639 (26,9%) mindestens einen Antrag auf Rehabilitation. Bei den Männern beantragten Versicherte mit niedrigem SES (OR=1,8; 95%-KI=1,3-2,5) bzw. niedriger (OR=1,9; 95%-KI=1,3-2,8) und mittlerer Bildung (OR=1,5; 95%-KI=1,1-2,2) signifikant häufiger und anteilig früher Rehabilitationsleistungen als Versicherte mit einem hohen sozialen Status. Bei den Frauen stellte sich alleinig die niedrige Bildung als statistisch signifikanter Prädiktor für eine Antragstellung (OR=1,6; 95%-KI=1,1-2,5) heraus. Die Effekte des sozialen Status wurden insbesondere durch den Gesundheitszustand vollständig vermittelt.

Bei der Bewilligung zeigten sich dahingehend signifikante Unterschiede, dass diese bei Frauen mit mittlerer Bildung häufiger in Folge eines Widerspruchsverfahrens erfolgte. Die Ergebnisse verdeutlichen die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheit, die sich sowohl im schlechteren subjektiven Gesundheitszustand von Versicherten mit niedrigem sozialen Status als auch in der häufigeren Beantragung medizinischer Rehabilitation abbildet.

„Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen“

Dr. Susanne Weinbrenner
Deutsche Rentenversicherung Bund

Vor 3 Jahren wurde der Masterplan Medizinstudium 2020 veröffentlicht. Dieser sieht unter anderem vor, die kompetenzorientierte und praxisnahe Ausbildung von Medizinstudierenden zu fördern. Hierzu gehört als neues Feld die „Interprofessionelle Kompetenz“. Gelehrt und gelernt werden könnte sie beispielsweise in gemeinsamen Lehrveranstaltungen mit anderen Gesundheitsfachberufen. Die bislang getrennten Kataloge der Medizinischen Fakultäten und des Institutes für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) sollen zu einem kompetenzbasierten Lernzielkatalog zusammengeführt werden. Im Rahmen dieses Prozesses wurde das Kapitel „Interprofessionelle Kompetenzen“ neu hinzugefügt. In einer interprofessionellen Arbeitsgruppe mit Vertretern verschiedener Gesundheitsfachberufe wurden in einem fast 2-jährigen Prozess über 50 Lernziele in vier Unterkapiteln entwickelt. Die Kapitel beinhalten folgende Themen:

- Werte und Ethik für interprofessionelle Praxis
- Rolle und Verantwortung
- Interprofessionelle Kommunikation
- Team und Teamarbeit

Als Grundlage diente unter anderem das „Nationale Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“, das aus einem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt des IMPPs entstanden ist.

Als Musterbeispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit kann die Rehabilitation gesehen werden, bei der die unterschiedlichsten Berufsgruppen an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Einige Fakultäten haben bereits Pilotprojekte umgesetzt, die als Vorlage für Projekte an allen medizinischen Fakultäten dienen können.

„Rehabilitation im neuen Gegenstandskatalog Medizin und im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM)“

Prof. Dr. Wilfried Mau
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Eine angemessene Integration von Inhalten zur Rehabilitation in das Medizinstudium ist die Voraussetzung für eine verbesserte teilhabeorientierte Versorgung in allen Sektoren des Gesundheitssystems. Sie bietet die Chance, sowohl entsprechende praxisrelevante Basiskompetenzen als auch neue rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse allen zukünftigen Ärzt*innen zu vermitteln und damit den wechselseitigen Transfer von Wissenschaft und Praxis zu fördern.

Im derzeitigen Reformprozess des Medizinstudiums wurden mehr als 50 indikationsübergreifende Lernziele zur Rehabilitation jeweils mit Kompetenztiefe und Prüfungszeitpunkten zusammengestellt und auf einer gemeinsamen Online-Plattform in die revidierten Fassungen der Gegenstandskataloge (GK) Medizin und des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) integriert. Sie werden mit verschiedenen übergreifenden Kompetenzen wie interprofessionelle Arbeit und mit exemplarischen Erkrankungen und Konsultationsanlässen verknüpft. Last not least gehen sie in das zum Schluss essentielle Absolventenprofil des Medizinstudiums ein, das auf wenige zentrale Kompetenzen fokussiert.

Die für alle Fakultäten verpflichtende Lehre nach dem GK und NKLM wird Bestandteil der revidierten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte, die derzeit im Jahr 2021 erwartet wird. Damit werden auch wichtige Voraussetzungen für den Erhalt bzw. die Schaffung von Professuren und anderen rehabilitationsbezogenen Strukturen und Prozessen in der universitären Lehre und Forschung und somit für die (Versorgungs-)Praxis gebildet.

Die kompetenzbasierten Lernziele zur Rehabilitation im Medizinstudium können außerdem eine Orientierung für die vielfältigen Reformprozesse der Lehre und Ausbildung anderer Berufsgruppen wie dem neuen Studium der Psychotherapie und der Gesundheitsfachberufe bieten.

„Stand und Perspektiven der rehabilitationsbezogenen Ausbildung nicht-ärztlicher Berufsgruppen“

Laura Retznik

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Bisher liegen kaum Erkenntnisse vor, welche rehabilitationsbezogenen Lehrinhalte in den Ausbildungen von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Rehabilitationsteams integriert sind. Es gibt Hinweise darauf, dass die in der Ausbildung der Berufsgruppen erworbenen Kompetenzen nur mangelhaft den Berufspraxisbedarfen entsprechen.

Innerhalb des vorgestellten Projektes wurde eine Bestands- und Bedarfsanalyse der Ausbildungsinhalte zu wichtigen Rehabilitationsthemen für die Berufsgruppen Physio-, Ergo-, Psychotherapeut*innen, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter*innen mit Fokus auf der Region Mitteldeutschland durchgeführt. Darauf aufbauend sollte der entsprechende Entwicklungsbedarf identifiziert werden. Dafür wurden die Ausbildungsvorgaben der Berufsgruppen anhand 29 berufsübergreifender rehabilitationsbezogener Lehrinhalte systematisch gescreent und die in der Rehabilitation tätigen Mitarbeiter*innen zu ihrer eigenen Ausbildung befragt. Anschließend erfolgte die Befragung der Lehrverantwortlichen zur Umsetzung entsprechender Lehrvorgaben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ausbildungsvorgaben aller Gesundheitsfachberufe relativ wenige rehabilitationsbezogene Lehrinhalte berücksichtigen. Von den Gesundheitsfachberufen werden die Ergotherapeut*innen am meisten und die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen am geringsten auf die Rehabilitationsaspekte ihrer Tätigkeit vorbereitet. Die Curricula der Studiengänge Psychologie und Soziale Arbeit integrieren rehabilitationsbezogene Themen nur marginal. Es besteht weiterhin ein wesentlich höherer Bedarf an der Vermittlung von rehabilitationsrelevanten Kompetenzen als die Ausbildung der nicht-ärztlichen Akteure tatsächlich beinhaltet. Insbesondere die stärkere Verankerung von interprofessionellen Kompetenzen wird als bedeutsam durch das Klinik- und Lehrpersonal eingeschätzt.

Insgesamt liefern die Ergebnisse wichtige Hinweise für die konkrete Weiterentwicklung der Ausbildung zu rehabilitationsrelevanten Kompetenzen dieser Berufsgruppen, für die derzeit vielfältige Weichen neu gestellt werden. Die bestehenden Chancen zur Qualifizierung des Personals über einen besseren Rehabilitationsbezug der Ausbildung sollten von allen Akteuren genutzt werden.