

Standortbestimmung und Weiterentwicklung von MBOR-orientierten Strukturen und Prozessen in Rehabilitationskliniken

ein modulares MBOR-Konzept zur Stärkung der MBOR-Angebote in Rehakliniken

Udo Kaiser, Rüdiger Nübling, Wolfgang Bürger, Jürgen Schmidt, David Kriz

Hintergrund

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) ist ein Angebot für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Spezielle Zielgruppe sind Rehabilitanden mit sogenannten besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Vor diesem Hintergrund müssen abgestufte individuelle MBOR-Angebote für von der DRV belegte Kliniken in deren Behandlungskonzepte integriert werden. Bedarfsgerechte Schwerpunktangebote der Stufen B und C können vor allem dann erfolgversprechend umgesetzt werden, wenn eine grundlegende erwerbsbezogene Orientierung im Sinne einer MBOR-Kultur vorhanden ist, wie sie u.a. im Konzept zur „Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung“ (FieZ) beschrieben wird.

Zielsetzungen und Zielgruppen

Basierend auf einem umfassenden „MBOR-Checkup“ bietet unser modulares und aufeinander aufbauendes Angebot den Rehakliniken die Möglichkeit für eine individuelle und passgenaue Unterstützung bei der Entwicklung oder auch Weiterentwicklung von MBOR-Angeboten. Das modulare Angebot richtet sich sowohl an Einrichtungen, die MBOR-Angebote neu in das Behandlungskonzept aufnehmen bzw. sich neu in Richtung einer MBOR-Anerkennung entwickeln wollen, als auch an Einrichtungen, die bereits MBOR-Angebote auf Stufe A (Basisangebote) oder auch mit bereits erfolgter Anerkennung von Stufe B (Kernmaßnahmen) oder Stufe C (spezifische Maßnahmen) vorhalten.

Umsetzung

Die Basis des Angebotes stellt ein „MBOR-Checkup“ (Ist-Analyse) dar, bei dem die bereits vorhandenen Kompetenzen der Kliniken und die Spezifika der Rehabilitanden (Alter, HV / AHB, Indikation, Berufs- / Tätigkeitsspektrum) mit den Anforderungen durch die DRV abgeglichen werden. Unsere Unterstützungsleistungen bei der MBOR-Umsetzung umfassen im Schwerpunkt folgende Themenbereiche, wobei die Intensität vom Bedarf und den selbst erbrachten Leistungen abhängig ist:

- Analyse Handlungsbedarf: Bestimmung des Ausgangsstatus mittels MBOR-Checkup (MBOR Checkup Klinikleitung, ggf. Mitarbeiterbefragung und / oder Rehabilitandenbefragung)
- Workshop Leitung und betroffene Bereiche
- Unterstützung bei (Weiter-)Entwicklung einer MBOR-Kultur
- Erstellung / Anpassung MBOR-Konzept
- Entwicklung MBOR-Nachsorge/Fallmanagement
- Intensivierte Unterstützung bei Implementierung
- Begleitung Kostenträgerverhandlungen
- Integration in internes QMS
- Evaluation der Effekte (Prä- / Post-Betrachtung)

1. Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe, um Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten durch Krankheiten oder Behinderungen zu minimieren, ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Durch die ICF-Orientierung ergibt sich der Auftrag, den Versicherten besonders auf die Teilhabe am Erwerbsleben zentrierte Leistungen anzubieten. Die bewusste Fokussierung auf Fragestellungen der Berufs- und Arbeitsrealität, die entsprechende Ausrichtung vorhandener Strategien sowie die zielgerichtete Weiterentwicklung erwerbsbezogener diagnostischer und therapeutischer Module sind daher zentral.

Diese grundsätzlich erwerbsbezogene Ausrichtung gewinnt angesichts der demographischen Entwicklung sowie der schnellen Veränderungen des Arbeitsmarktes zunehmend an Bedeutung. Durch die bewusste Fokussierung der Rehabilitation auf erwerbsbezogene diagnostische und therapeutische Angebote sollen Veränderungen der persönlichen Einstellung zur beruflichen Situation, die Verwendung geeigneter Hilfsmittel und Training / Modifikation von Arbeitsabläufen gefördert werden, um so eine (weitere) Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen.

Ziel ist dabei die dauerhafte berufliche Integration. Weitergehende Leistungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), bleiben davon unberührt.

Im Rahmen des Stufenmodells der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) werden drei Versorgungsstufen unterschieden, die sich hinsichtlich der Intensität des Angebotes unterscheiden:

- **Stufe A - MBOR-Basisangebot:** Screening, berufsbezogene Motivation, Sozialberatung, psychologische Gruppenangebote (z. B. Stressbewältigung, Entspannung). Diese Angebote richten sich an alle Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter
- **Stufe B - MBOR-Kernmaßnahmen:** Erweiterte berufsbezogene Diagnostik, berufsbezogene psychoedukative Gruppenangebote durch die Psychologie und den Sozialdienst, Arbeitsplatztraining. Diese Angebote richten sich an Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen
- **Stufe C - Spezifische MBOR-Maßnahmen:** Zusammenarbeit mit externen Institutionen, externe Belastungserprobung. Diese Angebote richten sich an einzelne Rehabilitanden

Im Überblick lassen sich die berufsbezogenen Maßnahmen wie folgt darstellen:

Zusammenfassende Darstellung der Anforderungen an die MBOR-Angebote für Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage							
MBOR-Angebote	Dauer/ Häufigkeit	Anzahl Teilnehmer	Personelle Voraussetzungen	Sonstige Voraussetzungen	Rehabilitanden- anteil	Abbildung in der KTL	
1) Berufsbezogene Diagnostik	90 min 1-2 x	1	Ergotherapeuten, Sportheraeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte	Raum zur Testung und Diagnostik	100%	E20	
2) Soziale Arbeit in der MBOR	15-60 min 2-5 x	1, ggf. Gruppe 4-12	Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	---	100%	D01, D02, D03, D05, D08 ²	
3) Berufsbezogene Gruppen	45 min 4-10 x	4-12	Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Ergotherapeuten	---	25-75%	D05, F051, F054, F059	
4) Arbeitsplatztraining	60 min 6-10 x	4-12	Ergotherapeuten, Arbeitspädagogen, Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation (z. B. Ergonomietrainer)	Raum zur Testung/zum Training tätigkeitspezifischer Bewegungsmuster bzw. Modellarbeitsplätze	50-80%	E02, E05,	
5) Belastungserprobung MBOR	variabel	1	Ergotherapeut, Arbeitspädagoge, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten	Vorliegen einer detaillierten Arbeitsplatz- oder Tätigkeitsbeschreibung, Raum zur Testung/ zum Training tätigkeitspezifischer Bewegungsmuster, Modellarbeitsplätze oder in Kooperation mit Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation und/oder Betrieben verschiedener Fachrichtung	Abhängig von Indikation und Berufsgruppen	E02, E03, E04, E05, E142, E20, E22, G15 ³ , G16 ³	
Summe (ohne 5)					11-25h pro Reha ¹		

Abbildung 1 Anforderungsprofil DRV Bund

Die MBOR ist ein Angebot für alle Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, die die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre oder ganztätig ambulante medizinische Rehabilitation erfüllen. Sie ist besonders wichtig für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) und / oder mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld. Dabei handelt es sich um Personen, die spezifischer Angebote bedürfen, um den bisherigen oder einen angestrebten Arbeitsplatz wieder einnehmen zu können.

Versicherte mit BBPL können dabei die folgenden Merkmale aufweisen:

- Problematische sozialmedizinische Verläufe zum Beispiel mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und oder Arbeitslosigkeit
- negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags)
- aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.

potenzielle Zielpersonen für die MBOR darstellen. Dieser Anteil variiert je nach Indikationsbereich und liegt beispielsweise in der Orthopädie bei ca. 30%.

Auch in der **Anschlussrehabilitation** können besondere berufliche Problemlagen vorliegen. Prinzipiell sind hierbei sowohl bei der Bedarfsprüfung einer BBPL als auch bei der abschließenden Beurteilung des Restleistungsvermögens akute postoperative Beeinträchtigungen von mittelfristigen Teilhabestörungen zu unterscheiden.

Zur Identifikation von Rehabilitanden mit arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen werden erprobte **Screeningverfahren** eingesetzt, die die Rückkehr an den Arbeitsplatz gut prognostizieren können. Schwerpunktmaßig kommen folgende Verfahren zur Anwendung:

- Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation - SIBAR
- Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation - SIMBO
- Würzburger Screening zur Identifikation beruflicher Problemlagen

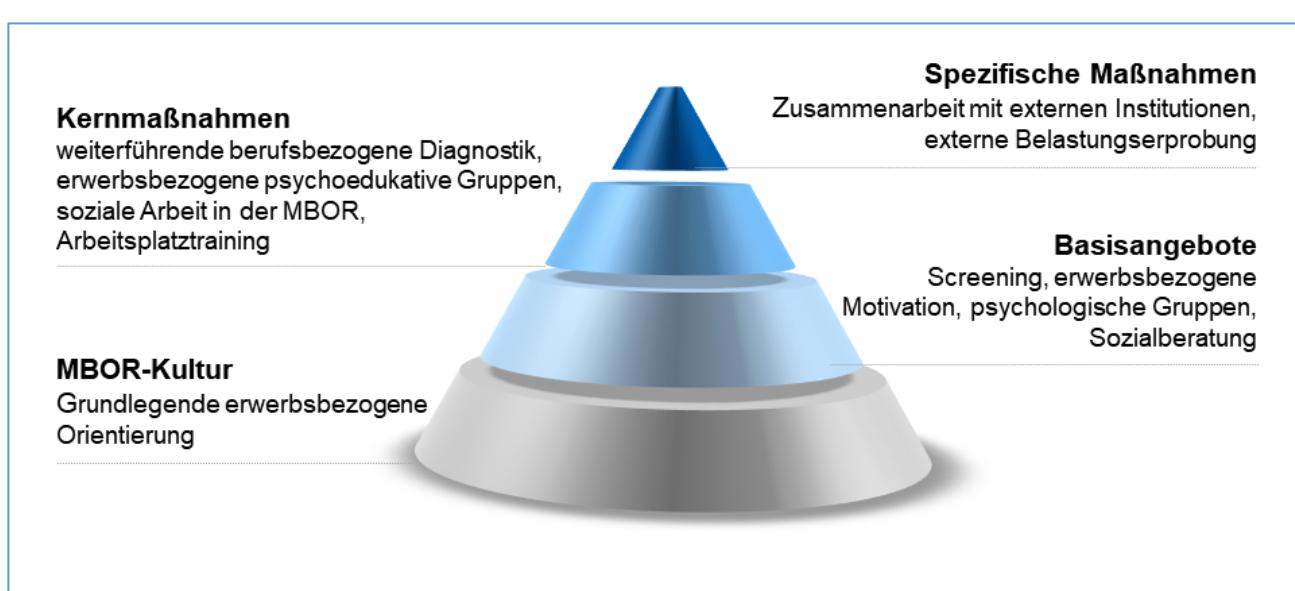


Abbildung 2 Modulare MBOR -Angebotsstruktur

Die genannten Aspekte treten in der Regel kumulativ auf. Das singuläre Auftreten eines Kriteriums ist nicht zwangsläufig mit BBPL gleichzusetzen, sondern deutet eine höhere Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von BBPL an. Bisherige Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besondere berufliche Problemlagen (BBPL) aufweisen und damit

Die Screening-Verfahren zur Ermittlung besonderer beruflicher Problemlagen dienen der bedarfsgerechten und frühzeitigen Zuweisungssteuerung in die MBOR und deren abgestuften Angebote.

2. Angebotsspektrum von GfQG und fbg zur Weiterentwicklung von MBOR-Konzepten

Voraussetzung und Fundament für bedarfsgerechte MBOR-Schwerpunktangebote ist die Etablierung einer grundlegenden MBOR-Kultur (vgl. Abb. 2), wie sie im FieZ-Konzept beschrieben wird. Bedarfsgerechte Schwerpunktangebote der Stufen B und C können nach unserer Auffassung nur dann erfolgversprechend konzipiert und umgesetzt werden, wenn diese **grundlegende erwerbsbezogene Orientierung** in der Klinik etabliert ist. Dies bedeutet konkret eine Veränderung im Denken und Handeln bei den am Rehabilitationsprozess Beteiligten im Sinne einer erwerbsbezogenen Orientierung der Medizinischen Rehabilitation in allen Funktionsbereichen und im gesamten Rehabilitationsverlauf.

Mit diesem Ansatz soll vermieden werden, dass im Rahmen von MBOR lediglich isolierte erwerbsbezogene Therapiebausteine ergänzend zum üblichen Behandlungsangebot angeboten werden, ohne dass eine durchdringende MBOR-Kultur vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund ist ein modulares und aufeinander aufbauendes Angebot zur MBOR-Weiterentwicklung sinnvoll, welches diese Philosophie unterstützt und ohne große Investitionen umsetzbar ist:

- MBOR-Checkup (IST-Analyse)
- Hilfen zur Weiterentwicklung einer MBOR-Kultur auf der Basis des FieZ-Konzeptes
- Weiterentwicklung und Implementierung von bedarfsgerechten MBOR-Strukturen / Prozessen innerhalb von Angeboten aller Stufen

2.1. MBOR-Checkup

Für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der erwerbsorientierten Ausrichtung erfolgt zu Beginn ein MBOR-Checkup. Hierbei werden auf der Basis einer MBOR-Checkliste die bereits vorhandenen strukturellen (Personal, Räume, Material) und prozessualen Kompetenzen der Klinik im Rahmen einer Visitation beurteilt. Diese werden mit den Spezifika der Rehabilitanden (Alter, HV / AHB, Indikation, Berufs-/Tätigkeitsspektrum) und mit den Anforderungen der DRV abgeglichen.

Ergänzt werden kann dieser MBOR-Checkup durch strukturierte Mitarbeiter- und ggf. Rehabilitandenbefragungen, um den MBOR-Entwicklungsstand auch aus dieser Perspektive beurteilen zu können.

Basierend auf diesen Ergebnissen wird den Kliniken eine individuelle und passgenaue Unterstützung für

die Weiterentwicklung des MBOR-Konzeptes angeboten.

2.2. Hilfen zur Schaffung oder Weiterentwicklung einer grundlegenden erwerbsbezogenen Orientierung in der Rehabilitationsklinik

Theoretische Basis für die Stufe A stellt das FieZ-Konzept dar. Ziel ist die Etablierung einer grundlegenden erwerbsbezogenen Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung i.S.e. „MBOR-Kultur“ (vgl. Abb. 2), auf deren Grundlage zusätzliche erwerbsbezogene Angebote aufgebaut und implementiert werden können.

In Abstimmung mit dem Auftraggeber werden von der GfQG und fbg modulare **Hilfen zur Unterstützung und Weiterentwicklung einer „MBOR-Kultur“** angeboten. Dies beinhaltet insbesondere folgende Themenbereiche:

- Vor-Ort-Vorstellung und Diskussion der FieZ-Grundidee mit der Klinikleitung und mit den Mitarbeitern
- Etablierung einer regelmäßig tagenden klinikinternen MBOR-Arbeitsgruppe
- Entwicklung erwerbsbezogener Fortbildungen
- Einführung, Diskussion u. ggf. Modifizierung eines FieZ-orientierten Mitarbeiterleitbildes
- Entwurf und Einsatz eines speziellen Anschreibens an Rehabilitanden, in dem die Klinik vor der Aufnahme auf den Erwerbsbezug der Rehabilitation hinweist
- Erarbeitung eines Chefarztvortrages für neu aufgenommene Rehabilitanden, in dem der erwerbsbezogene Behandlungsauftrag erläutert und anschaulich mit Fallbeispielen in die Thematik eingeführt wird
- Festlegung standardisierter Basisdiagnostik zur Erfassung zentraler erwerbsbezogener Informationen, die den Rehabilitanden mit den Aufnahmeunterlagen vor Rehabilitationsbeginn zugesandt wird oder unmittelbar nach der Aufnahme bearbeitet werden soll
- Entwicklung eines Basismoduls zur Erfassung individueller erwerbsbezogener Rehabilitationsziele, das vor Rehabilitationsbeginn zugesandt oder unmittelbar nach der Aufnahme bearbeitet wird und als Grundlage für das Aufnahmegespräch und die Planung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens dient
- Erstellung und regelhafte Berücksichtigung eines Leitfadens für die Aufnahmeuntersuchung, um partizipativ teilhabebezogene Ziele und eine entsprechende Behandlungsplanung (Arzt und / oder Psychologe) zu erarbeiten

- Aufnahme zusätzlicher Punkte „Wiedereingliederungsbarrieren und korrespondierende Therapieziele und -erfolge“ in den Reha-Entlassbericht (Abbau Barrieren, Aufbau Ressourcen)
- Entwicklung und Beschreibung eines strukturierten Behandlungsablaufs für Rehabilitanden mit erhöhtem Wiedereingliederungsrisiko
- Konzepterstellung für erwerbsbezogene und sozialmedizinisch fokussierte Fallkonferenzen
- Berücksichtigung des Teilhabebezugs in allen rehabilitativen Angeboten

2.3. Bedarfsgerechte MBOR-Schwerpunktangebote der Stufen B und C

Aufbauend auf der grundlegenden erwerbsbezogenen Orientierung und den Basisangeboten der Stufe A werden für die Stufe B gemeinsam mit den Kliniken und ihren Mitarbeitenden integrative Angebote zu folgenden Bereichen weiterentwickelt:

- Weitergehende berufsbezogene Diagnostik zur Abklärung der funktionalen und psychosozialen Leistungsfähigkeit
- Berufsbezogene psychoedukative Gruppenangebote (Psychologie, Sozialdienst)
- Arbeitsplatztraining (Ergotherapie, Physio- und Sporttherapie)
- MBOR-Nachsorge / Fallmanagement

entwickelt bzw. weiterentwickelt. Diese, sich an einzelne Rehabilitanden richtenden MBOR-Angebote betreffen z.B. Orientierungsgespräche, Coaching, intensivierte Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit (EFL), Potenzialanalysen sowie Belastungserprobung.

3. Die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken

Zu Beginn findet eine Zieldefinition statt, die auch im Rahmen eines Zielworkshops erfolgen kann. Basierend auf der Ist-Analyse und den Anforderungen der Klinik und der Kostenträger (MBOR-Checkup) erstellen wir einen abgestimmten modularen Projektplan. Dieser beinhaltet die unterschiedlichen Teilziele mit Zeitplan und Zuständigkeit. In Absprache mit dem Auftraggeber werden von Beginn an die relevanten Bereiche der Klinik in das Projekt einbezogen.

Im zweiten Schritt werden der genaue Projektplan und die Projektorganisation abgestimmt. Hier werden auch die Arbeitspakete definiert, die intern durch die Klinik oder durch die GfQG / fbg bearbeitet werden. Es findet ein fortlaufender Abstimmungsprozess statt, der alle Arbeitsschritte auf das definierte Ziel hin bündelt. Nachfolgend ist beispielhaft ein Ablauf dargestellt, der neben der eigentlichen Konzepterstellung zusätzlich optionale Angebote enthält (vgl. Abb. 3).

Weiterentwicklung und Implementierung MBOR-Konzept		Januar		Februar		März		April		Mai		WER										
Arbeitsschritt	Wk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1fd.Nr.	Bezeichnung KW																					
1	Weiterentwicklung MBOR-Konzept																					
1.1.	MBOR-Checkup																					
1.2.	Abgleich mit den externen Anforderungen																					
1.3.	Definition GAP Ist-Soll																					
1.4.	Abstimmung Entwicklungsschritte mit allen Beteiligten																					
1.5.	Weiterentwicklung der notwendigen Strukturen																					
1.6.	Weiterentwicklung der notwendigen Prozesse																					
1.7.	Einholung von Angeboten für MBOR-Maßnahmen Stufe C																					
1.8.	Erstellung einer Betaversion des MBOR-Konzeptes																					
1.9.	Abstimmung mit allen Beteiligten																					
1.10.	Finalisierung des Konzeptes																					
1.11.	Vorstellung des Konzeptes Klinikleitung und betroffene Bereiche																					
1.12.	Integration in interne fortlaufende Patientenbefragung																					
1.13.	Mitarbeiterbefragung																					
	Freigabe Konzept und Start Implementierung durch die Klinik																					
2	Optionale Angebote: Implementierung																					
2.1.	Weiterentwicklung der Teilkonzepte der beteiligten Berufsgruppen (Ärzte,																					
2.2.	Mitarbeiterfortbildungen und spezifische Schulungen (MBOR, Zielorientierung in																					
2.3.	Unterstützung bei der Abstimmung des Konzeptes mit der Rentenversicherung																					
3	Optionale Angebote: Qualitätsmanagement																					
3.1.	Evaluation der Umsetzung und der Effekte																					
3.2.	Integration in internes Qualitätsmanagementsystem																					

Abbildung 3 Beispiel Projekt MBOR mit optionalen Angeboten

Im nächsten Schritt werden die Angebote der Stufe C (Spezifische MBOR-Maßnahmen), vorwiegend in Zusammenarbeit mit externen Institutionen

Neben dem MBOR-Checkup und der Konzepterstellung bieten wir zusätzlich folgende modulare Leistungspakete an:

Modul	Bezeichnung	Inhalte
BM 1	MBOR-Checkup (IST-Analyse) / Bestimmung Handlungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> Checklistenbasierte IST-Analyse (MBOR Struktur- und Prozess-Checkliste) Ableitung des notwendigen Handlungsbedarfs auf der Basis externer Anforderungen und klinikspezifischer Bedürfnisse, unterteilt für <ul style="list-style-type: none"> Einrichtungen, die MBOR-Angebote neu in das Behandlungskonzept aufnehmen bzw. sich neu in Richtung einer MBOR-Anerkennung entwickeln wollen Einrichtungen, die bereits MBOR-Angebote auf Stufe A (Basisangebote) oder auch mit bereits erfolgter Anerkennung von Stufe B (Kernmaßnahmen) oder Stufe C (spezifische Maßnahmen) vorhalten
BM 2	Erstellung schriftliches MBOR-Konzept	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung / Überarbeitung eines schriftlichen MBOR-Konzeptes auf der Basis der externen Anforderungen Abstimmung mit allen Beteiligten Vorstellung in der Klinik
OM 1	Workshop Führungskräfte + betroffene Bereiche	<ul style="list-style-type: none"> Grundlagen im Denken und Handeln für eine erwerbsbezogene Ausrichtung des Klinikkonzeptes Erarbeitung und Festlegung notwendiger Entwicklungsschritte
OM 2	Patienten- und Mitarbeitersicht	<ul style="list-style-type: none"> Integrierte Rehabilitandenbefragung Integrierte Mitarbeiterbefragung vor und ein Jahr nach Konzeptumsetzung
OM 3	Entwicklung einer MBOR-Kultur	<ul style="list-style-type: none"> Modulare Angebote zur Entwicklung einer „MBOR-Kultur“ auf der Basis des FieZ-Konzeptes Mitarbeiterfortbildungen im Rahmen der Entwicklung der MBOR-Kultur
OM 4	Intensivierte Unterstützung bei der Implementierung	<ul style="list-style-type: none"> (Weiter-)Entwicklung / Implementierung von Teilkonzepten (z.B. MBOR-Prozess, Screening, Aufnahme, weiterführende berufsbezogene Diagnostik, Psychologie, Sozialdienst, Ergotherapie, Ärzte, Physio-/Sporttherapie, etc.) Mitarbeiterfortbildung und spezifische Schulungen
OM 5	Begleitung Kostenträgerverhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung bei der Konzeptabstimmung mit der Rentenversicherung
OM 6	MBOR-Nachsorge / Fallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines integrativen MBOR-Nachsorgekonzeptes bzw. MBOR-Fallmanagements Nutzung bedarfsgerechter und zielgruppenspezifischer Angebote (Beratungen während der Rehamaßnahmen bzw. nach Entlassung, Hotline, webbasierte Lösungen = e-MBOR, etc.)
OM 7	Integration in internes QMS	<ul style="list-style-type: none"> Qualitätshandbuch Rehabilitandenbefragung Mitarbeiterbefragung
OM 8	Evaluation der Effekte (Prä- / Post-Betrachtung)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluationsstudie zur Abbildung der Veränderungen durch die Implementierung des MBOR-Angebotes Inanspruchnahme (Beschreibung Rehabilitandenmerkmale, Bewertung Prozess) Bewertung der Effekte unter Einbeziehung der ICF-Ebenen Veränderung Rehaerfolg und Einfluss des neuen Angebotes Veränderung Patientenzufriedenheit und Einfluss des neuen Angebotes

Abbildung 4 Beispiel für ein modulares Angebot (BM=Basismodul, OM=optionales Modul)

- Weiterentwicklung einer grundlegenden erwerbsorientierten Orientierung (MBOR-Kultur) Ihrer Klinik bzw. Ihrer Mitarbeiter auf der Basis des FieZ-Konzeptes (vgl. 2.2.)
- Auswahl und Implementierung von Screeningverfahren und weiterführender berufsbezogener Diagnostik
- Weiterentwicklung der Teilkonzepte der beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologie, Sport- und Physiotherapie, Sozialdienst, Ergotherapie, vgl. 2.3.)
- Entwicklung einer spezialisierten MBOR-Nachsorge bzw. eines MBOR-Fallmanagements im Rahmen der Nachsorge
- Evaluation und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Kooperationspartner für Angebote der MBOR-Stufe C
- Mitarbeiterfortbildungen und spezifische Schulungen (MBOR, Zielorientierung in der Reha, Arbeiten im Reha-Team, Patientenorientierung)

- Unterstützung bei der Abstimmung des Konzeptes mit der Rentenversicherung
- Evaluation der Umsetzung und der Effekte
- Integration in interne Rehabilitandenbefragung
- Mitarbeiterbefragung vor Umsetzung des Konzeptes und ein Jahr danach
- Integration in das interne Qualitätsmanagementsystem

Aus Abb. 4 sind die modularen Arbeitspakete (Basismodule und optionale Module) zu entnehmen. Der konkrete Aufwand richtet sich nach den jeweils vereinbarten Arbeiten.

4. Wie profitieren Rehabilitationskliniken von dem Angebot?

MBOR stellt eine konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar, die so gezielt an den gesundheitlich bedingten beruflichen Problemlagen und der gestörten oder gefährdeten

Teilhabe am Erwerbsleben ansetzt. Vor dem Hintergrund der ICF ist die Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung „als Teil eines berufsorientierten Partizipationsmanagements“ zu verstehen.

Alle Kliniken, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, müssen daher entsprechende abgestufte MBOR-Angebote vorhalten. Von der DRV Bund wird für alle federführend belegten Kliniken die Etablierung der Angebote der Stufe A vorausgesetzt. Von verschiedenen regionalen RV-Trägern wird darüber hinaus die Etablierung von MBOR-Kernmaßnahmen der Stufe B gefordert (z.B. DRV Baden-Württemberg).

Damit kommen auf die Kliniken veränderte strukturelle / prozessuale Anforderungen und auf die Reha-Berufsgruppen erweiterte fachliche und kommunikative Aufgaben zu.

Dies führt häufig dazu, dass Kliniken spezielle isolierte MBOR-Angebote eingeführt haben, die nicht unbedingt zum Ziel geführt haben, teilweise am Bedarf vorbeigehen und durch die strukturellen Voraussetzungen trotzdem hohe Kosten verursachen. Die Gründe hierfür liegen häufig in der fehlenden MBOR-Kultur in den Kliniken, die von uns als Grundvoraussetzung angesehen wird. Gleichfalls spielen die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen eine Rolle, die durch die alleinige Implementierung von isolierten MBOR-Angeboten nicht zufriedenstellend erfüllt werden können.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die von uns im ersten Schritt angestrebte **Schaffung einer „MBOR-Kultur“ als Basis für weitere berufsbezogene Angebote** zunehmend an Bedeutung und schafft für die Kliniken einen unverkennbaren Mehrwert.

Dies wurde auch in allen Modellkliniken berichtet, die das FieZ-Konzept umgesetzt haben. Gleichfalls wurde in den Modellkliniken die Begleitung durch externe Fachleute bei der Entwicklung und Implementierung des Angebotes durch die Mitarbeiterinnen und Klinikleitungen sehr positiv bewertet. Die Einführung von FieZ als Basis für ergänzende MBOR-Angebote führt zu einem Überdenken und ggf. einer Neustrukturierung aller Angebote, Abläufe und Prozesse. Hierdurch ergeben sich für Rehabilitationseinrichtungen damit auch Chancen einer grundlegenden MBOR-bezogenen Veränderung und Neustrukturierung.

Die für uns selbstverständliche aktive Einbindung von Mitarbeitern in diesen Prozess fördert das Engagement und die Umstellungsbereitschaft von Mitarbeitern und erhöht auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und die Patientenzufriedenheit.

Daher sind eine fortlaufende interne Rehabilitandenbefragung und eine Mitarbeiterbefragung (vor Umsetzung des Angebotes und ein Jahr danach) Bestandteil des Angebotes.

5. Relevante Literatur

Bethge M. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Die Rehabilitation 2017; 56: 14-21.

Bürger W, Schulz H, Glier B, Rodewig K, Koch U. Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption. DRV-Schriften 1997; 9-10: 548-574.

Bürger, W. Entwicklungsstand der berufsbezogenen Angebote in der medizinischen Rehabilitation. In: W Müller-Fahrnow, T Hansmeier, M Karoff. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006, 47-55.

Bürger W, Deck R, Fuhrmann I. SIBAR - Ein Fragebogen zur Erfassung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2006; 64: 42-43.

Bürger W, Deck R. Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der orthopädischen, kardiologischen, psychosomatischen und onkologischen Rehabilitation - Ergebnisse von Erhebungen mit dem Screening-Fragebogen SIBAR. DRV-Schriften 2008; 77: 216-217.

Bürger W, Deck R. SIBAR – Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2009; 48(4): 211-221. Online unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Bürger W. Psychosoziale Aspekte berufsorientierter Krankheitsverarbeitung. In: Hillert A, Radoszewski FM, Müller-Fahrnow W. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2009, 80-91.

Bürger W. Begleitende Nachsorge bei stufenweiser Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. In: Deck R, Glaser-Möller N, Remém T. Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation. Lage: Jacobs; 2010, 101-118.

Bürger W, Streibelt M. Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der

gesetzlichen Rentenversicherung? Die Rehabilitation 2011; 50: 178-185.

Bürger W, Glaser-Möller N, Kulick B, Pallenberg C, Stapel M. Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. Die Rehabilitation 2011; 50: 74-85.

Bürger W, Streibelt M. Wonach richtet sich die Inanspruchnahme von Stufenweiser Wiedereingliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung? Erste Ergebnisse der STW-Kohortenstudie. Die Rehabilitation 2015; 54: 10-15.

Bürger W, Nübling R, unter Mitarbeit von: Anton E, Franzkoch C, Günthner A, Kretschmer P, Kriz, D, Masius U, Rudolph M, Rüddel HU, Siefken-Kalletka H, Stapel M, Stirn AV, Weisenburger R, Zucker A. Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung – FieZ. Handbuch für Rehabilitationseinrichtungen. Speyer: DRV Rheinland-Pfalz; 2015. Online unter: www.gfqg.de; www.researchgate.net

Deutsche Rentenversicherung Bund. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) - Somatische Indikationen. Berlin: DRV Bund; 2015. Online unter: www.deutsche-rentenversicherung.de

Hillert A, Radoschewski FM, Müller-Fahrnow W. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2009.

Kaiser U. Aspekte der beruflichen Rehabilitation und deren Umsetzung in Behandlungs- und Beratungskonzepte in der stationären pneumologischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Projektförderung durch BMBF und VDR; 2003. Online unter: www.gfqg.de; www.researchgate.net

Kaiser U. Risiken zur vorzeitigen Berentung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen der Atemwege und der Lunge. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments - Interventionen – Ergebnisse. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006, 276-289. Online unter: www.researchgate.net

Kaiser U. Berufsbezogene Erwartungen an eine pneumologische Rehabilitationsmaßnahme.

DRV-Schriften 2010; 88: 273-275. Online unter: www.gfqg.de; www.researchgate.net

Kaiser U, Schmidt J, Kriz D, Nübling R. Berufsbezogene Problemlagen und Return to work (RTW) im Kontext psychischer Komorbidität in der pneumologischen Rehabilitation. DRV-Schriften 2017; 111: 189-192. Online unter: www.gfqg.de; www.researchgate.net

Kaiser U, Tkacz L. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Pneumologie. In: D-A-CH – AG Pneumologische Rehabilitation - Schultz K, Buhr-Schinner H, Zwick H, Vonbank K, Frey M, Puhan M. Pneumologische Rehabilitation – Ein Lehr- und Lernbuch für das Reha-Team, München: Duxtr, 2018. (im Druck)

Kaiser U, Rothe, T. Psychosoziale Verfahren im Rahmen der Rehabilitation des Asthma bronchiale - praktische Umsetzung. In: D-A-CH – AG Pneumologische Rehabilitation - Schultz K, Buhr-Schinner H, Zwick H, Vonbank K, Frey M, Puhan M. Pneumologische Rehabilitation – Ein Lehr- und Lernbuch für das Reha-Team, München: Duxtr, 2018. (im Druck)

Kriz D, Wirtz M, Herwig J, Töns N, Hafen K, Nübling R, Bengel J. Weiterentwicklung und Normierung des PAREMO. In: Nübling R, Muthny F, Bengel J. Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern: Huber; 2006, 161-178.

Löffler S, Wolf HD, Vogel H. Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. Das Gesundheitswesen 2008; 70: 461-462. Online unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Löffler S, Gerlich C, Lukasczik M, Wolf HD, Neuderth S. Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, DRV Bund: 2012. Online unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation 2003; 42: 169-174.

Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff, M. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments - Interventionen – Ergebnisse. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.

Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM. Theoretische Grundlagen der MBO in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff, M. Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments - Interventionen - Ergebnisse. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006, 36-46.

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G, Kriz D, Martin H, Müller G, Renzland J, Reuss-Borst M, Schmidt J, Kaiser U, Toepler E. Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungsbeitragszahlungen. DRV-Schriften 2016; 109: 234-236.

Schmidt J, Kaiser U, Kriz D, Nübling R. Die Davoser Outcome-Studie (DOS) - Ergebnisse stationärer pneumologischer und dermatologischer Heilbehandlungen im Spiegel wiederholter

Nacherhebungen. Prävention und Rehabilitation 2014; 26: 119-140.

Schmidt J, Kaiser U, Kriz D, Nübling R. Psychische Komorbidität bei stationären Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten - Korrelate und Verlauf. Prävention und Rehabilitation 2016; 38: 85-101.

Streibelt M. Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). Die Rehabilitation 2009; 48: 135-144. Online unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Streibelt, M & Buschmann-Steinhage, R. Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation 2011; 50, 160-167.

GfQG im Überblick

Die GfQG ist ein unabhängiges Forschungsinstitut, welches Beratungen und Dienstleistungen im Bereich Evaluationsforschung und der empirisch gestützten Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen anbietet.

Das Angebot umfasst sowohl umfangreiche Programmevaluationsstudien im Sinne von Ergebnis- und / oder Versorgungsforschung als auch die Entwicklung und Umsetzung empirischer Routine-Monitoring-Systeme wie kontinuierliche Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen oder Basisdokumentationen.

Darüber hinaus bieten wir Konzeptualisierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens im Sinne der Erstellung von modernen Behandlungskonzepten sowie die wissenschaftliche Begleitung bei deren Umsetzung.

Ein weiterer Schwerpunkt befasst sich mit der Entwicklung und Implementierung von anerkannten Qualitätsmanagementsystemen (Handbacherstellung, Schulung von Management und Mitarbeitenden, System- und Prozessaudits, Projektmanagement, Prozessmanagement, Risikomanagement, klinische Pfade), der Unterstützung im Bereich der Reorganisation von Kliniken / Klinikbereichen sowie im Bereich der Unternehmensentwicklung für Einrichtungen im

fbg im Überblick

fbg bietet Beratungen und Dienstleistungen im Bereich des Gesundheitswesens auf der Basis wissenschaftlicher Evaluationsforschung an.

fbg bietet die Konzeptionierung und Durchführung auch komplexer und umfangreicher wissenschaftlicher Begleitforschungs- und Evaluationsstudien im Sinne der Versorgungsforschung sowie der Empirie gestützten begleitenden Qualitätssicherung an. fbg entwickelt auf dieser Basis auch innovative Konzepte, Versorgungsangebote und Prozessstandards.

Das Beratungs- und Dienstleistungsangebot von fbg umfasst die Entwicklung und Konzeptionierung innovativer Angebote, die Anpassung bestehender Versorgungskonzepte und -angebote an neue Anforderungen von Kostenträgern sowie die Unterstützung bei der Implementierung neuer innovativer Versorgungskonzepte inklusive begleitendem Projekt- und Prozessmanagement.

Kontakt:

GfQG - Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GbR

Wendstr. 1, 76185 Karlsruhe
Tel. 0721 – 89337040
Email: info@gfqq.de
www.GfQG.de

Dipl.-Psych. / Dipl. Betriebswirt Dr. Udo Kaiser
Tel. +41 (0)79 – 3737 480, Email: kaiser@gfqq.de

Dipl.-Psych. Dr. Rüdiger Nübling
Tel. 0170 – 476 30 86, Email: nuebling@gfqq.de
Dipl.-Psych. Dr. Jürgen Schmidt
Tel. 0157 – 320 89 332, Email: schmidt@gfqq.de
Dipl.-Psych. Dr. David Kriz
Tel. 0174 – 700 77 80, Email: kriz@gfqq.de

fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen

Moltkestr. 25, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721 – 625 47 25
Email: fbgbuerger@online.de
www.fbg-karlsruhe.de

Dipl.-Psych. Dr. Wolfgang Bürger
Tel. 0721 – 625 47 25, Email: fbgbuerger@online.de