

Implementierung MBOR

unter Nutzung der Ergebnisse von Forschungsprojekten mit Unterstützung
der DRV-Bund (MBOR-R) und der DRV Rheinland-Pfalz (FIEZ)

Dr. Wolfgang Bürger

Dr. Rüdiger Nübling

Fachtagung

Einführung der MBOR in internistischen, neurologischen und onkologischen Indikationen

Erkner, 23.-24. Juni 2023

fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen Karlsruhe

www.fbg-karlsruhe.de

GfQG

Gesellschaft für Qualität im
Gesundheitswesen
Karlsruhe

Gliederung

- Warum Überlegungen zur Thematik Implementierung:
Daten zu Erfolg, Bedarf, Ausbau und Qualität der MBOR-Versorgung
- Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung
- Diskussion u Ausblick

Prinzipiell hohe potentielle Erfolge MBOR

- **Belege für deutlichen inkrementellen Nutzen von MBOR** im Sinne verbesserter **Wiedereingliederungsquoten** in einzelnen Indikationsbereichen, vor allem im Indikationsbereich Orthopädie (bis zu 20% höhere RTW-Quoten)
- **Hoher inkrementeller Nutzer nur bei additiv erbrachten MBOR-Leistungen, sonst etwa 10%**
- **Deutliche Effekte nur bei Rehabilitanden mit nachgewiesenem Bedarf (BBPL)**
- Effekte nur bei **ausreichend intensivem MBOR-Angebot** (Bethge 2017), **weniger objektive Zahl** an erbrachten **MBOR-Therapieleistungen**, sondern **subjektive Wahrnehmung u. Bewertung des MBOR-Angebotes durch Rehabilitanden** entscheidend für Erfolg (Bethge et al 2019), hohe Bedeutung des Arbeitsplatztrainings (bzw. Angeboten mit Chance für pos. Veränderung Selbsterleben der LF)
 - ▶ in der **Routineversorgung deutlich geringere Effekte (ca. 6%, wenige Daten)**

Wie hoch ist der Bedarf an MBOR ?

Kriterien (Screenings: SIMBO, SIBAR, Würzburger-Screening):

- negative Erwerbsprognose bis zu Rentenerwartung oder –absicht
- lange Entwöhnungszeiten von Arbeitsanforderungen wegen Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit
- krankheitsbedingt subj. deutlich eingeschränktes Leistungsvermögen
- subjektiver Bedarf nach Anpassung o. Veränderung des Arbeitsplatzes und Bedarf an Unterstützung im Sinne erwerbsbezogener therapeutischer Angebote

Empirie: Bedarfsschätzungen

- Insgesamt ca. ein Drittel der erwerbstätigen Versicherten
- Höhere Bedarfe von >50% in Psychosomatik sowie bei bestimmten Berufen (einfache & manuelle Tätigkeiten)

Hinweise für Unterdeckung des Bedarfs im Indikationsvergleich:

Ergebnisse MBOR-R Studie

MBOR – Bedarf Indikationsbezogen (HV mit RSD-Daten)

	Gesamt N _{max} 6128	Psy N _{max} 1460	Orth N _{max} 1320	Kard N _{max} 678	Pneu N _{max} 1065	Onk N _{max} 806	Neur N _{max} 799	P (F, Chi ²)
Arbeitsunfähigkeit letzte 6 Monate vor Reha-Beginn (%) (VK)								
keine AU (0)	15,9	11,2	17,5	19,6	12,9	21,0	17,3	
bis 1 Woche (1)	12,4	9,2	14,6	13,4	13,0	10,0	15,7	
2 bis 3 Wochen (2)	20,6	17,4	19,5	24,7	26,1	13,7	24,5	
4 bis 6 Wochen (3)	18,6	17,1	20,0	17,2	24,5	12,7	18,4	
7 bis 12 Wochen (4)	10,6	11,7	10,2	9,4	12,5	8,5	9,8	
13 bis 15 Wochen (6)	3,0	3,9	2,9	2,7	3,0	2,5	2,2	
mehr als 15 Wochen (7)	18,9	29,6	15,3	12,9	7,9	31,5	12,1	
WAS vor Reha-Beginn M (SD) (VK)	4,7 (2,4)	3,8 (2,3)	4,8 (2,3)	3,1 (2,4)	3,2 (2,1)	3,8 (2,3)	4,9 (2,3)	<0,01 (82,1)
Rentenüberlegungen oder -verfahren vor Reha-Beginn (ja %) (VK)	14,4	15,8	11,0	13,9	10,3	14,8	23,0	<0,01 (0,23)
BBPL SIMBO vor Reha-Beginn (VK)								
Keine Auffälligkeit (<30)	74,5	58,6	77,4	80,9	88,5	68,7	81,2	
Leichte Auffälligkeit (>30)	8,9	9,7	9,7	7,8	5,6	13,3	7,4	
Starke Auffälligkeit (>50)	16,5	31,7	12,9	11,3	5,9	18,0	11,4	
Interesse an berufsbezogener Schulungsgruppe vor Reha-Beginn M (SD) % (Interesse) (VK)	3,4 (1,4) 51,7	3,9 (1,2) 67,6	3,5 (1,4) 55,1	3,3 (1,4) 48,1	3,2 (1,5) 44,2	2,9 (1,5) 36,8	3,2 (1,4) 44,8	<0,01 (77,4)

Legende: (VK) = Versichertenangaben im Rahmen der Katamnesebefragung erinnert für den Zeitpunkt unmittelbar vor Rehabilitationsbeginn, RSD = RSD-Daten der Rentenversicherung, MBOR = MBOR laut RSD, WAS = Work Ability Scale (0 = völlig arbeitsunfähig bis 10 = beste Arbeitsfähigkeit“), Interesse an berufsbezogener Schulungsgruppe (1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr), Psy = Psychosomatik, Orth = Orthopädie, Kard = Kardiologie, Pneu = Pneumologie, Onk = Onkologie, Neur = Neurologie, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Chi²-Tests/der Varianzanalysen zwischen den Indikationsbereichen, F = F-Wert der Varianzanalyse, Chi² = Chi² nach Pearsson.

MBOR – Versorgung (HV mit RSD-Daten)

	Gesamt N _{max} 6128	Psy N _{max} 1460	Orth N _{max} 1320	Andere N _{max} 3348	P (F, Chi ²)
Anteil MBOR (RSD)	8,7	20,7	11,0	2,5	<0,01 (436)
mind. eine Leistung KTL * 1) Berufsbez. Diagnostik (RSD)	17,2	32,5	20,0	9,4	<0,01 (388)
mind. eine Leistung KTL * 2) Psychosoz. Beratung (RSD)	53,7	61,5	64,1	46,1	<0,01 (170)
mind. eine Leistung KTL * 3) Berufsbez. Gruppen (RSD)	37,2	49,2	43,1	29,7	<0,01 (190)
mind. eine Leistung KTL * 4) Arbeitsplatztraining (RSD)	28,4	36,0	54,1	15,1	<0,01 (762)
mind. eine Leistung KTL * 5) spez. Leistung MBOR C (RSD)	18,1	34,3	19,5	10,5	<0,01 (393)
Umfang KTL-Leistungen (* 1- * 5) (M, SD) (RSD)	2,0 (2,1)	3,0 (2,6)	2,7 (2,3)	1,4 (1,5)	<0,01 (442)
Rehabilitandenbewertung des MBOR-Angebotes MBOR-Gk (M, SD) (VK)	39,8 (24,0)	44,9 (24,0)	40,8 (23,5)	37,2 (23,7)	<0,01 (51,5)

Legende: RSD = RSD-Daten der Rentenversicherung, VK = Versichertenangaben im Rahmen der Katamnesebefragung, Anteil MBOR = Anteile an Versicherten, die lt. RSD an einer MBOR teilgenommen haben, KTL * = Anteil an Rehabilitanden, die laut KTL mindestens ein MBOR-Angebot erhalten haben (vergleiche Streibelt & Puhmann 2020), Umfang KTL-Leistungen: Zahl der Leistungen über alle 5 KTL-Kategorien mit mindestens einer Leistung (0–14), MBOR-Gk = MBOR-R Gesamtwert in Qualitätspunkten (0–100), Kurzversion, P = Signifikanz des Chi²-Tests/der Varianzanalysen zwischen den Indikationsbereichen, F = F-Wert der Varianzanalyse, Chi² = Chi² nach Pearson, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Psy = Psychosomatik, Orth = Orthopädie, Andere = andere Indikationen (Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Neurologie).

MBOR – Versorgung bei Rehabilitanden mit MBOR-Bedarf (Simbo >30)

	Gesamt N _{max} 1411	Psy N _{max} 555	Orth N _{max} 261	Andere N _{max} 595	P (F, Chi ²)
Anteil MBOR (RSD)	21,1	36	22,2	6,4	<0,01 (153)
mind. eine Leistung KTL * 1) Berufsbez. Diagnostik (RSD)	25,6	39,1	23,8	13,8	<0,01 (97,2)
mind. eine Leistung KTL * 2) Psychosoz. Beratung (RSD)	73,8	77,3	78,5	68,4	<0,01 (15,5)
mind. eine Leistung KTL * 3) Berufsbez. Gruppen (RSD)	40,6	52,6	40,6	29,4	<0,01 (64,1)
mind. eine Leistung KTL * 4) Arbeitsplatztraining (RSD)	35,4	42,7	54,4	20,3	<0,01 (113)
mind. eine Leistung KTL * 5) spez. Leistung MBOR C (RSD)	27,1	41,8	24,5	14,6	<0,01 (108)
Umfang KTL-Leistungen (* 1- * 5) (M, SD) (RSD)	2,9 (2,5)	3,7 (2,8)	3,4 (2,7)	2,0 (1,7)	<0,01 (85,5)
Rehabilitandenbewertung des MBOR-Angebotes MBOR-Gk (M, SD) (VK)	43,1 (25,4)	46,5 (25,6)	41,4 (24,3)	40,5 (25,4)	<0,01 (8,3)

Legende: RSD = RSD-Daten der Rentenversicherung, VK = Versichertenangaben im Rahmen der Katamnesebefragung, Anteil MBOR = Anteile an Versicherten, die lt. RSD an einer MBOR teilgenommen haben, KTL * = Anteil an Rehabilitanden, die laut KTL mindestens ein MBOR-Angebot erhalten haben (vergleiche Streibelt & Puhlmann 2020), Umfang KTL-Leistungen: Zahl der Leistungen über alle 5 KTL-Kategorien mit mindestens einer Leistung (0–14), MBOR-Gk = MBOR-R Gesamtwert in Qualitätspunkten (0–100), Kurzversion, P = Signifikanz des Chi²-Tests/der Varianzanalysen zwischen den Indikationsbereichen, F = F-Wert der Varianzanalyse, Chi² = Chi² nach Pearson, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Psy = Psychosomatik, Orth = Orthopädie, Andere = andere Indikationen (Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Neurologie).

Versorgung bei Rehabilitanden in einer MBOR (lt. KTL)

Alle Rehabilitanden mit MBOR	Gesamt N _{max} 531	Psy N _{max} 302	Orth N _{max} 145	Andere N _{max} 84	P (F, Chi ²)
MBOR-Bedarf lt SIMBO (>30) in %	60,3	71,2	43,9	48,7	<0,01 (35,6)
mind. eine Leistung KTL * 1) Berufsbez. Diagnostik (RSD)	62,0	62,9	64,8	53,6	n.s. (3,1)
mind. eine Leistung KTL * 2) Psychosoz. Beratung (RSD)	82,3	79,8	87,6	82,1	n.s. (4,1)
mind. eine Leistung KTL * 3) Berufsbez. Gruppen (RSD)	65,3	73,8	61,4	41,7	<0,01 (31,4)
mind. eine Leistung KTL * 4) Arbeitsplatztraining (RSD)	64,8	56,0	83,4	64,3	<0,01 (32,5)
mind. eine Leistung KTL * 5) spez. Leistung MBOR C (RSD)	64,0	63,6	69,0	57,1	n.s. (3,3)
Umfang KTL-Leistungen (* 1- * 5) (M, SD) (RSD)	5,3 (2,9)	5,3 (3,0)	6,2 (2,8)	4,2 (2,2)	<0,01 (13,6)
Rehabilitandenbewertung des MBOR-Angebotes MBOR-Gk (M, SD) (VK)	51,5 (24,2)	51,7 (23,6)	51,8 (24,6)	50,5 (25,6)	n.s. (0,08)

Legende: RSD = RSD-Daten der Rentenversicherung, VK = Versichertenangaben im Rahmen der Katamnesebefragung, Anteil MBOR = Anteile an Versicherten, die lt. RSD an einer MBOR teilgenommen haben, KTL * = Anteil an Rehabilitanden, die laut KTL mindestens ein MBOR-Angebot erhalten haben (vergleiche Streibelt & Puhmann 2020), Umfang KTL-Leistungen: Zahl der Leistungen über alle 5 KTL-Kategorien mit mindestens einer Leistung (0–14), MBOR-Gk = MBOR-R Gesamtwert in Qualitätspunkten (0–100), Kurzversion, P = Signifikanz des Chi²-Tests/der Varianzanalysen zwischen den Indikationsbereichen, F = F-Wert der Varianzanalyse, Chi² = Chi² nach Pearson, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Psy = Psychosomatik, Orth = Orthopädie, Andere = andere Indikationen (Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Neurologie).

Zusammenfassung MBOR – Versorgung in der Routine

- Nur geringe Anteile von Rehabilitanden erhalten MBOR (lt. RSD u. KTL), in jedem Fall deutlich unter Bedarf
- Nicht alle Rehabilitanden in einer MBOR erfüllen Bedarfskriterien Auch MBOR-Basisangebote nicht flächendeckend etabliert, selbst bei Rehabilitanden mit nachgewiesenem Bedarf und in einer MBOR
- Kernangebote erhalten auch Rehabilitanden mit nachgewiesenem Bedarf nur unzureichend (insbesondere Pneumologie, Onkologie u Neurologie), MBOR-Anforderungen in Pneumo, Onko u Kardio unter 1/3 erfüllt



Versorgung unzureichend und nicht hinreichend an Bedarfskriterien orientiert

MBOR-Versorgung aus der Perspektive der Rehabilitanden im Indikationsvergleich:

Ergebnisse MBOR-R Studie

Warum Nutzerperspektive: Bedeutung für RTW

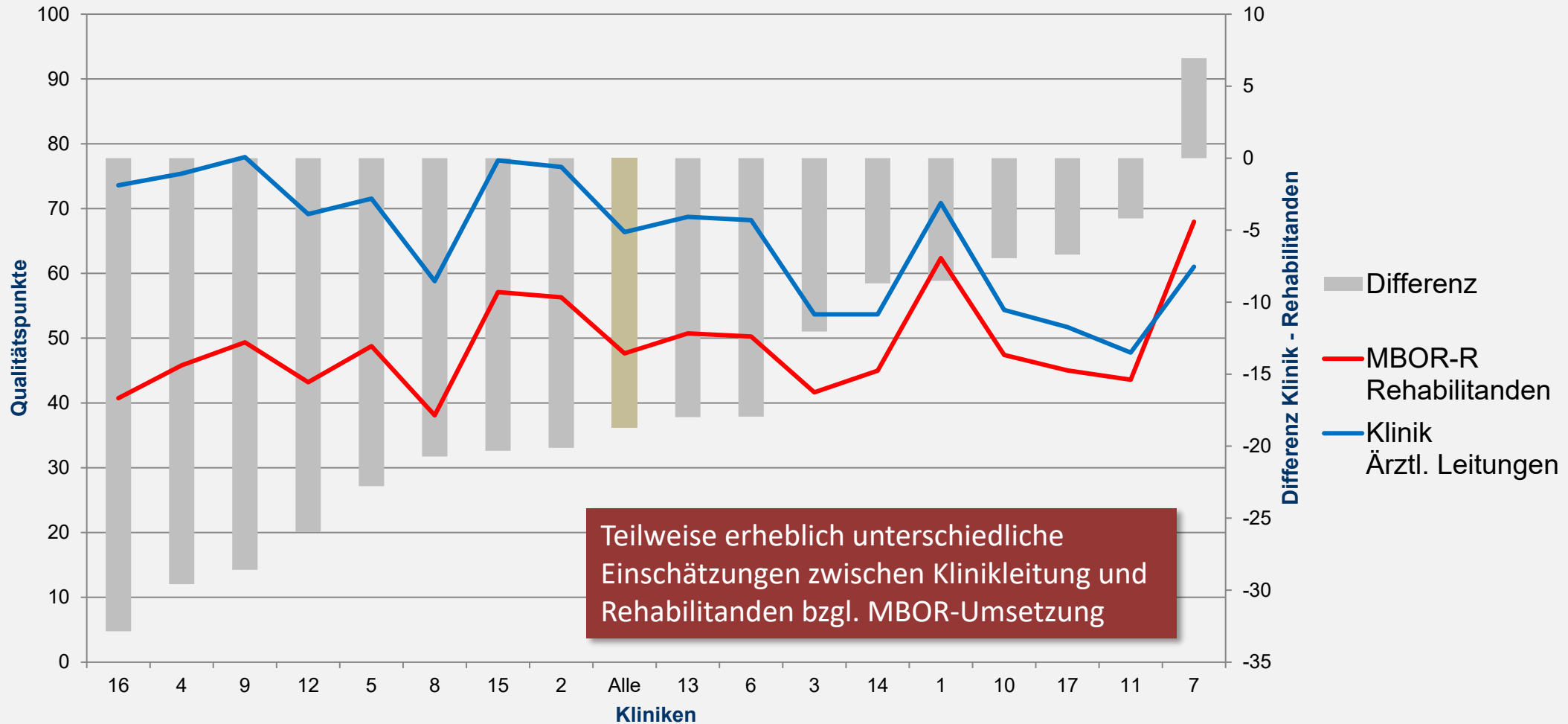
Ergebnisse Logistischer Regressionsanalysen, abhängige Variable: Return-to-Work, Gesamtstichprobe, N = 5196, Modell: Chi2 = 679, p < 0,01, Nagelkerkes Ergebnisse R2 = 0,24.

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Sign.	Exp (B)
SIMBO (0,1,2)	-1,217	0,056	472,650	0,000	0,296
MBOR (ja nein) (RSD)	-0,457	0,149	9,460	0,002	0,633
Indikation					
Orthopädie (ja nein)	-0,094	0,136	0,475	0,491	0,911
Psychosomatik (ja nein)	-0,189	0,118	2,570	0,109	0,828
Berufsbezogene KTL-Leistungen					
Berufsbezogene Diagnostik (ja nein)	-0,017	0,299	0,003	0,954	0,983
Psychosoziale Beratung (ja nein)	0,028	0,124	0,050	0,824	1,028
Berufsbezogene Gruppen (ja nein)	-0,035	0,111	0,098	0,754	0,966
Arbeitsplatztraining (ja nein)	0,163	0,120	1,828	0,176	1,177
Spez. Leistungen MBOR C (ja nein)	-0,040	0,292	0,018	0,893	0,961
Umfang KTL Leistungen (bis 1 Leistungen vs. mind. 2 Leistungen)	-0,028	0,151	0,034	0,854	0,973
MBOR-R QP (0-38 vs. 39-100)	0,224	0,097	5,308	0,021	1,252

Legende: RSD = RSD-Daten der Rentenversicherung, Umfang KTL-Leistungen: Zahl der Leistungen über alle 5 KTL-Kategorien (vgl. [10]) mit mindestens einer Leistung (0-14), MBOR-R = MBOR-R Gesamtwert Kurzversion in Qualitätspunkten (0-100).

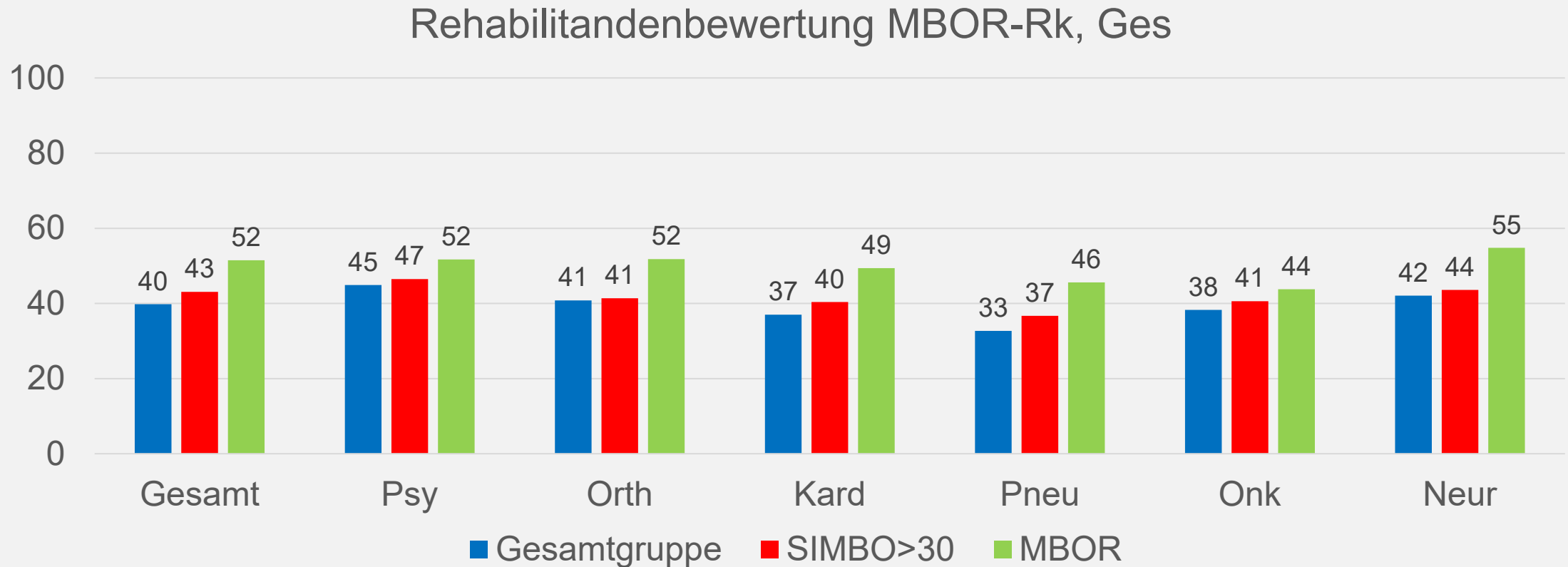
Quelle: Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. (2022). Medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR) in der Psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu somatischen Indikationen. Die Rehabilitation, 61: 264-275. DOI 10.1055/a-1873-0589

Warum Nutzerperspektive: Vergleich Klinik/Rehabilitanden



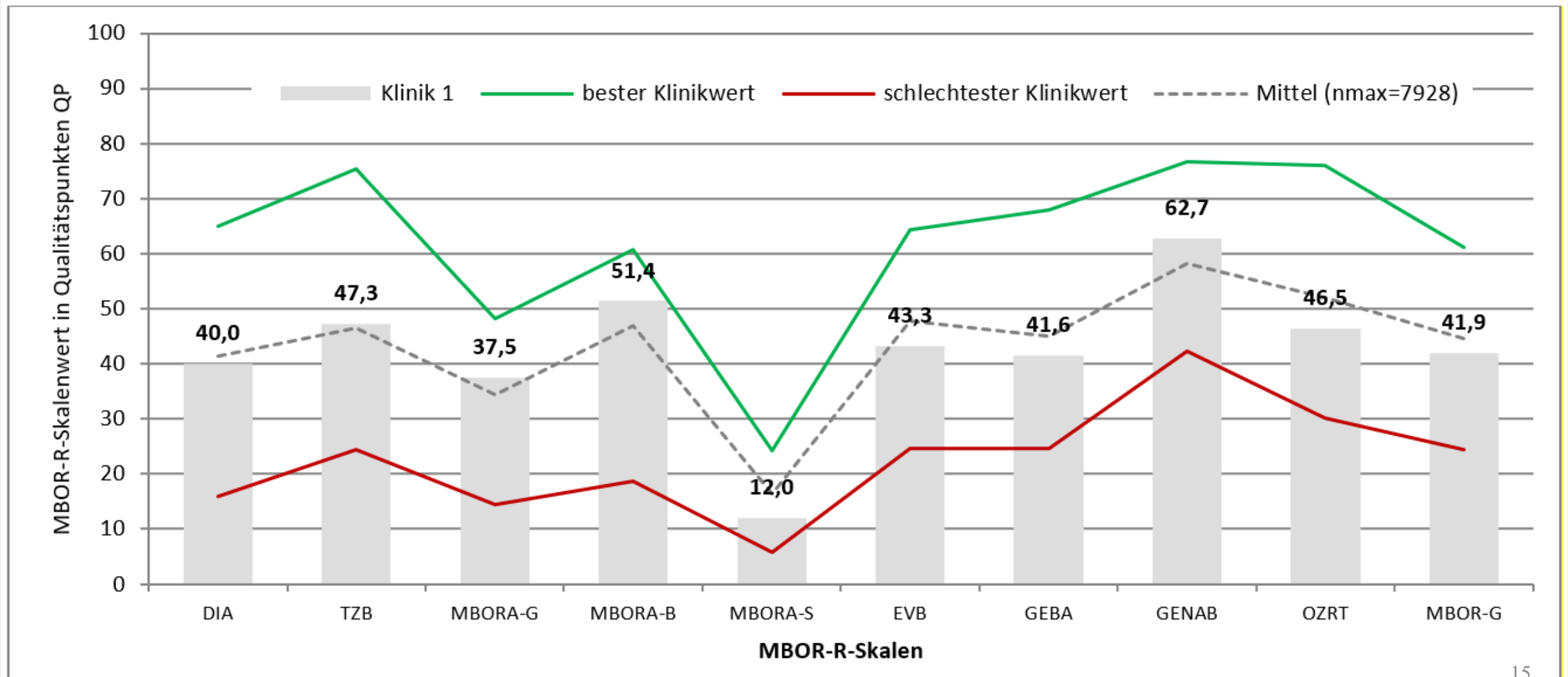
Einrichtungen können ohne Rückmeldung aus Nutzerperspektive schwer einschätzen, was von ihrem MBOR-Angebot „ankommt“¹³

MBOR-R – Rehabilitandenbewertungen des MBOR-Angebotes im Indikationsvergleich

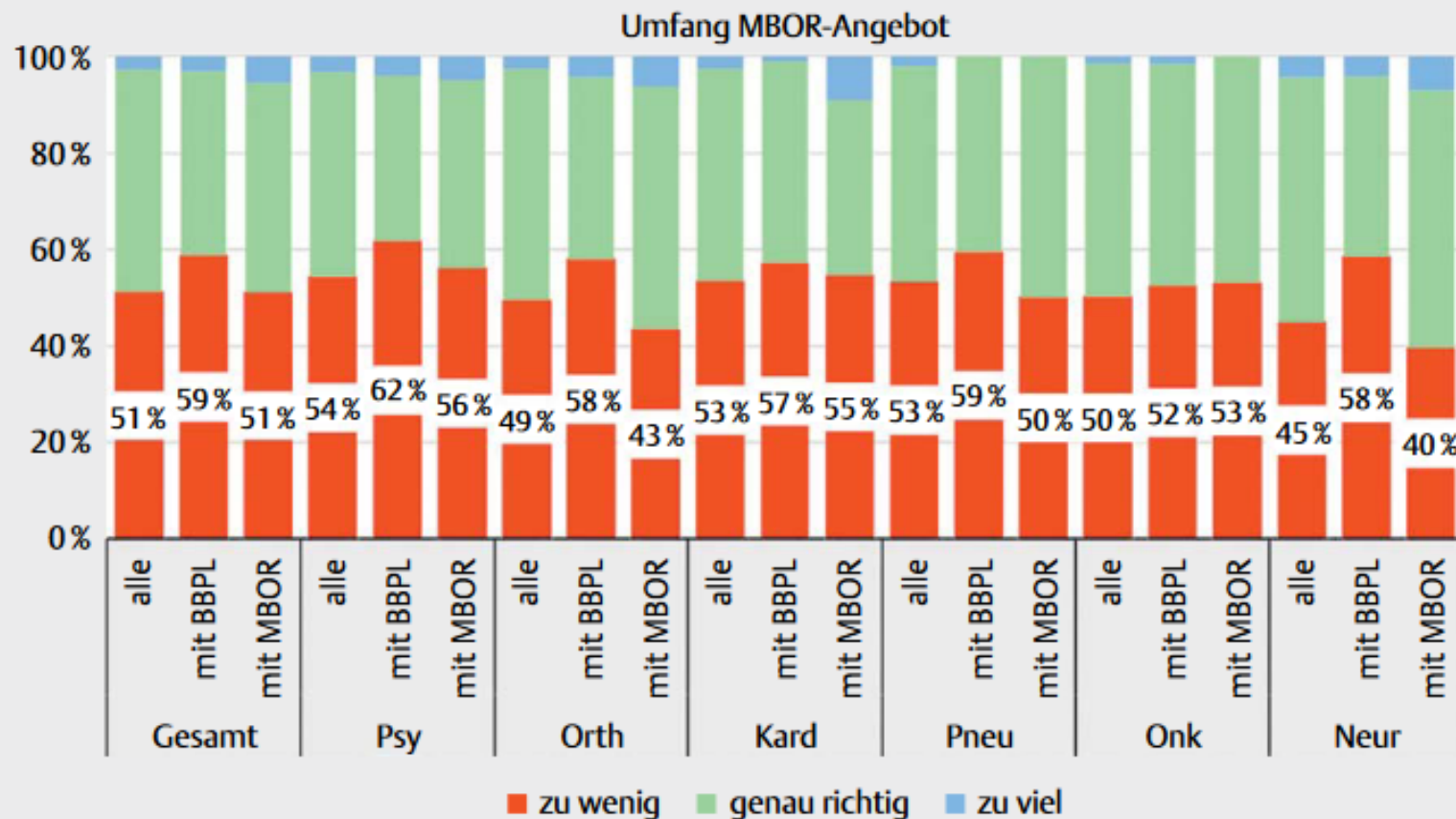


Gesamtgruppe: N=6128, F=34.6, p<.01; SIMBO>30: N=1411, F=4.2, p<.01, MBOR: N=505, n.s.

Große Unterschiede in der Qualität der MBOR-Versorgung aus Sicht der Rehabilitanden: Klinikvergleiche MBOR-R (adjustierte Werte)



Rehabilitandeneinschätzungen zum Umfang MBOR-Angebot



► **Abb. 1** Vergleich der Rehabilitanden-Einschätzungen zum Umfang ihres MBOR-Behandlungsangebotes im Indikationsvergleich für die Gruppe aller Rehabilitanden (N = 5919, $\chi^2 = 37,9$, $p < 0,01$), für Rehabilitanden mit BBPL (SIMBO > 30; N = 1227, $\chi^2 = 16,6$, $p = 0,09$) und Rehabilitanden mit MBOR (laut RSD-Daten; N = 522, $\chi^2 = 10,7$, $p = 0,38$).

Zusammenfassung MBOR-Versorgung aus Sicht Rehabilitanden

- Nutzerwahrnehmung der MBOR-Versorgung von größerer Bedeutung für Ergebnisse (RTW) gegenüber KTL-Leistungen - **wichtiges Kriterium**
- **Systematische Unterschiede** zwischen der **Einschätzung der Reha-Einrichtungen selbst** und **Rehabilitanden hinsichtlich Qualität der MBOR-Versorgung**:
Rehabilitanden bewerten „kritischer“
- Reha-Einrichtungen selbst können ohne Nutzerbefragungen kaum verlässlich einschätzen, was von ihrem MBOR-Angebot bei Nutzern ankommt
- Generell zurückhaltende Bewertung des Umfangs des MBOR-Angebotes,
Zurückhaltende Gesamtbewertung des MBOR-Angebotes aus Sicht von Rehabilitanden mit Bedarf und in MBOR vor allem in Pneumologie und Onkologie
- **Große Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen** in Bewertung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes durch Rehabilitanden

Zusammenfassung: Warum MBOR-Implementierung relevant?

Situation der MBOR-Versorgung

- Thema MBOR ist in letzten Jahren immer stärker in den Fokus gerückt (Angebote, Standards, Ergebnisse)
- Starke mögliche Effekte einer MBOR im Sinne verbesserter RTW-Quoten in Studien

aber:

- In der Routine noch unzureichende MBOR-Versorgung (Unterdeckung Bedarf, nicht ausreichende Angebote, mangelnde Zielgenauigkeit)
- Schwankungen der Versorgungsqualität (starke Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen)
- Versorgung noch nicht ausreichend optimiert hinsichtlich dessen, was bei Rehabilitanden ankommt

Perspektiven zur Verbesserung der Versorgung

Ansatzpunkte aus Vorhaben unserer Arbeitsgruppe:

- Projekt FieZ: Implementierung konsequenter & umfassender erwerbsbezogener Ausrichtung einer Rehabilitation mit Fokus auf Einbindung der Rehabilitanden
- Nutzerperspektive einbeziehen und systematisch zur Verbesserung der Versorgung nutzen: **MBOR-R**: Rehabilitandenbefragung zur Wahrnehmung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes und –Ausrichtung
- Qualitätsförderung MBOR: Multimethodales MBOR-Checkup

FieZ:

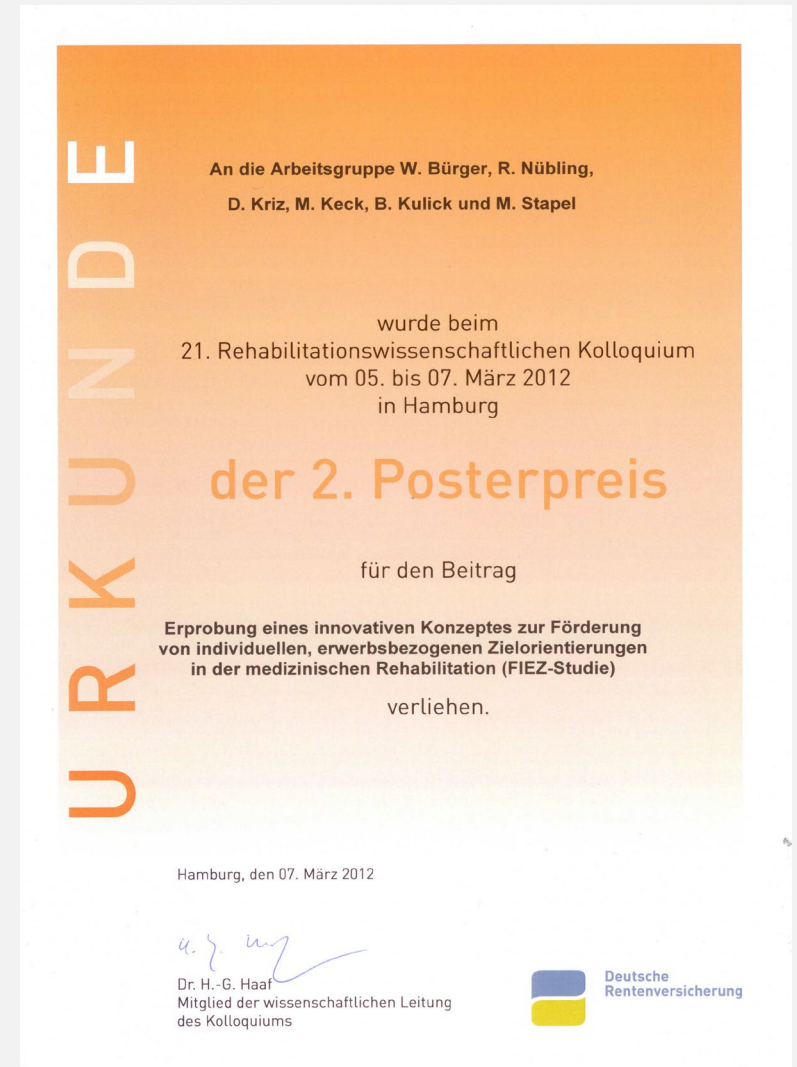
Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung

Forschungsprojekt mit Förderung der DRV RLP
2011 bis 2015

Pilotprojekt Phase I:
Entwicklung des Interventionsansatzes

Implementierungsphase II:

Implementierung, Weiterentwicklung und
empirische Überprüfung des Ansatzes in 4
Modellkliniken



HANDBUCH FÜR REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN ZUR IMPLEMENTIERUNG VON „FIEZ“ [FÖRDERUNG INDIVIDUELLER ERWERBSBEZOGENER ZIELORIENTIERUNG]

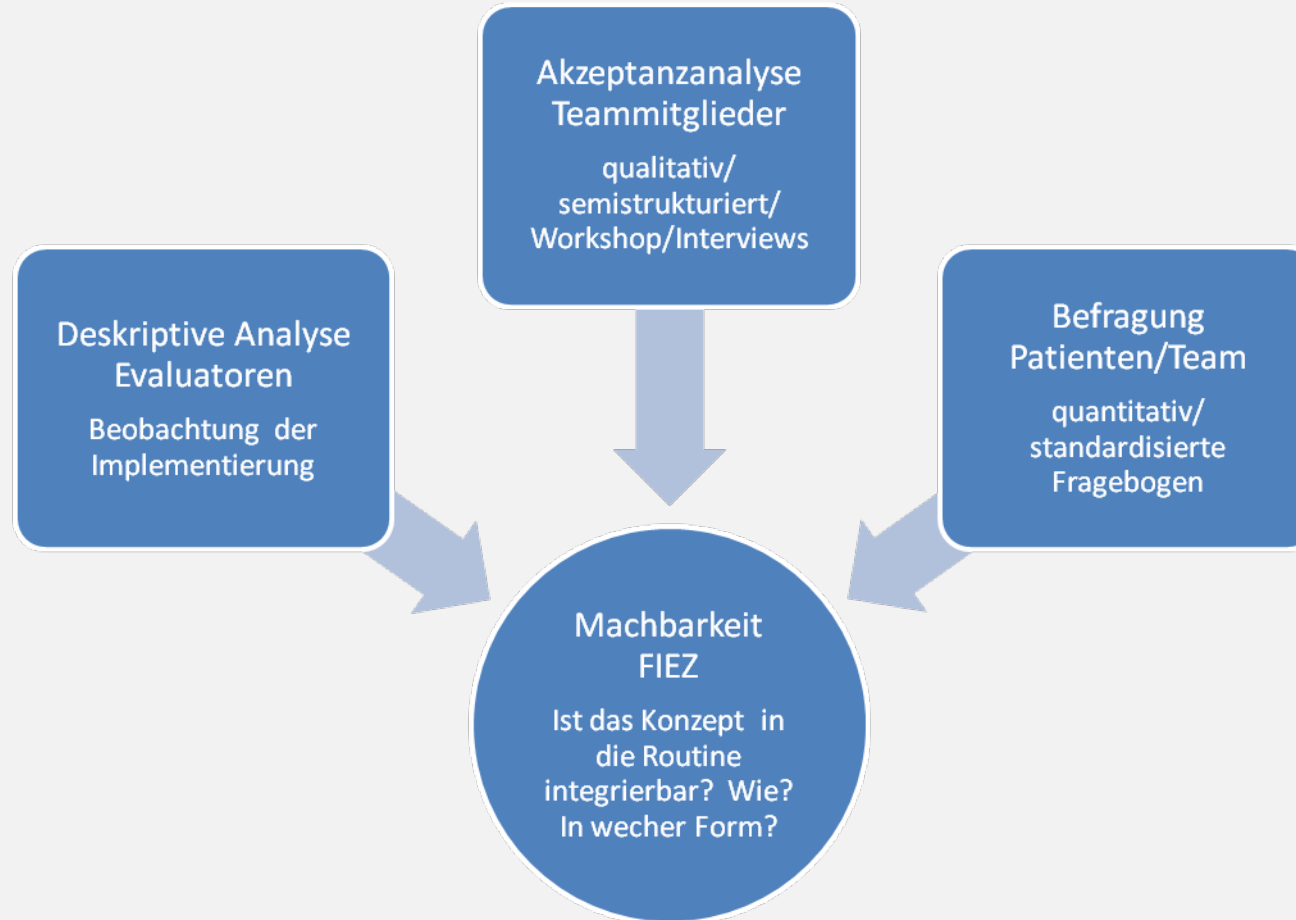
Bürger W. & Nübling, R.

Mitarbeit von:

Anton, E., Franzkoch, C., Günthner, A., Kretschmer, P., Kriz, D., Masius, U., Rudolph, M., Rüddel, H., U., Siefken-Kaletka, H., Stapel, M., Stirn, A.V., Weisenburger, R., Zucker, A.

Download unter:

<https://www.fbg-karlsruhe.de/downloads>



FieZ: Implementierung MBOR-Orientierung - Ansatz

- **Grundansatz: wie kann grundlegende erwerbsbezogene Orientierung der gesamten Rehabilitation in der Routine gefördert werden ?**
- Für erfolgreichen Erwerbsbezug weniger die Summe einzelner isolierter Therapiebausteine in Ergänzung zu einem traditionellem Rehabilitationskonzept entscheidend
- **Basisangebot** für Reha-Kliniken aller Indikationsbereiche, **Stufe A** im MBOR-Prozessmodell, geht **konzeptuell aber weit über übliche Etablierung von MBOR-Einzelangeboten hinaus**

FieZ: Theoretischer Hintergrund

shared decision making, Volitions- & Handlungstheorie, Motivationsforschung

- Erarbeitung von Handlungszielen, Formulierung und Operationalisierung von Zielerreichungskriterien wichtige Voraussetzungen für Entwicklung von Absichten, Motivation und ziel-orientierter Handlungsorientierung- und planung (Heckhausen 1989, Kuhl 1995, Brunstein 1995, Marten & Kuhl 2005, Faller 2003)
- Ziele werden nur verfolgt, wenn sie im Einklang mit individuellen Bedürfnissen stehen (Michalak 2007), Klärung von Zielen u. Vermeidung von Zielkonflikten tragen zur Motivierung u. Psychotherapieerfolg bei (Michalak & Schulte 2002)

➔ **Standardisierte erwerbsbezogene Therapiezielkataloge u. vorgegebene Standardziele sowie standardisierte Behandlungspläne reichen nicht**

FieZ: Implementierung MBOR-Orientierung - Ansatz

- **FieZ: Frühzeitige kognitive & motivationale Orientierung des Behandlungs-Teams und der Rehabilitanden** an konkreten **erwerbsbezogenen Behandlungszielen** zum **Abbau** von kognitiven, motivationalen u. verhaltensbezogenen sowie umweltbezogenen **Wiedereingliederungsbarrieren** sowie zum Aufbau entsprechend notwendiger Ressourcen
- **konsequente Ausrichtung des gesamten Reha-Prozess und allen Therapieangeboten** auf diese zu Behandlungsbeginn partizipativ zwischen Reha-Team u Rehabilitanden gemeinsam erarbeiteten **erwerbsbezogenen Zielen**, die dann den gesamten Behandlungsprozess strukturieren

FieZ - Bausteine

Reha-Beginn:

- Grundsätzliche Aufklärung & Motivation der Rehabilitanden für erwerbsbezogenen Behandlungsauftrag
- Erwerbsbezogene Diagnostik von kognitiven, motivationalen u. verhaltensbezogenen Wiedereingliederungsbarrieren und relevanten Ressourcen (z.B. Ebene Person mental u. handlungsbezogen, Ebene Arbeit, Ebene Umfeld)
- Erarbeitung individueller konkreter erwerbsbezogener Ziele zum Abbau von dieser Wiedereingliederungsbarrieren bzw. zur Förderung von entsprechenden Ressourcen, Operationalisierung Zielerreichungskriterien, Vereinbarkeit mit wichtigen Motiven

FieZ - Bausteine

Reha-Verlauf:

- integrierte konsequente Ausrichtung aller diagnostischen & therapeutischen Angebote auf die gemeinsam mit den Rehabilitanden vereinbarten konkreten erwerbsbezogenen Ziele zum Abbau relevanter Wiedereingliederungsbarrieren bzw. zur Förderung erwerbsrelevanter Ressourcen
- Erwerbsbezogene Fallkonferenzen mit Fokus auf Wiedereingliederungsbarrieren, Ressourcen, Besprechung des entspr. diagnostischen u. therapeutischen Vorgehens u. Perspektiven

FieZ - Bausteine

Qualitätssicherung:

- Verstärktes systematische Fortbildungsangebot zur erwerbsbezogenen Thematik in den Reha-Einrichtungen
- Einführung systematischer Dokumentationen der Arbeit an erwerbsbezogenen Zielen zum Abbau von kognitiven, motivationalen u. verhaltensbezogenen Wiedereingliederungsbarrieren und zur Förderung entsprechend hilfreicher Ressourcen
- Neu: Routine-Einsatz von Instrumenten zur systematischen Erfassung der Perspektive der Rehabilitanden (z.B. MBOR)

FieZ: Implementierungshilfen statt klassisches Manual

Anfängliche Erfahrungen mit FieZ-Manualentwürfen negativ

„Komplexe Veränderungen des Denk- und Handlungsansatzes in den Reha-Teams und der organisatorischen Abläufe im Sinne von FieZ lassen sich Erfahrungen in Modellkliniken zufolge kaum mit manualisierten Handanweisungen erreichen“

(Handbuch Fiez)

Handbuch-FieZ: Anstoß für klinikinternen Teamentwicklungsprozess,
Strukturierungshilfe, um Reha-Einrichtungen zu unterstützen, jeweils individualisierte
und optimierte Lösungen im Team zu erarbeiten

FieZ-Idee setzt aktive Beteiligung u. Einbindung aller Mitarbeiter voraus

FieZ Implementierungshilfen

1. Vor-Ort-Vorstellung und **Diskussion der FIEZ-Grundidee** mit der **Klinikleitung** und mit den **Mitarbeitern**
2. **Etablierung einer regelmäßig tagenden klinikinternen FIEZ-AG**
3. Einführung, Diskussion u. ggf. Modifizierung **FIEZ-orientierten Mitarbeiterleitbildes**
4. **Etablierung** regelmäßiger **erwerbsbezogener Fortbildungen**
(sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Diagnostik, erwerbsbezogene Interventionsmöglichkeiten)
5. **Aufgabe: Vorbereitung auf erwerbsbezogene Reha, Entwicklung eines speziellen Anschreibens an Rehabilitanden**, in dem Klinik Rehabilitanden auf den Erwerbsbezug der Rehabilitation vorbereitet

FieZ Implementierungshilfen

6. **Aufgabe: Chefarztvortrag** für neu aufgenommene Rehabilitanden, in denen der erwerbsbezogene Behandlungsauftrages erläutert und anschaulich analog dem ICF-Modell in die Thematik eingeführt wird.
7. **Aufgabe: Standardisiertes diagnostisches Basismodul zur Erfassung zentraler erwerbsbezogener Informationen**, das den Rehabilitanden mit den Aufnahmeunterlagen vor Rehabilitationsbeginn zugesandt wird oder unmittelbar nach der Aufnahme bearbeitet werden soll.
8. **Aufgabe: Basismodul zur Erfassung individueller erwerbsbezogener Rehabilitationsziele**, das vor Reha-Beginn zugesandt wird oder unmittelbar nach der Aufnahme bearbeitet wird. Auf Grundlage von (7) und (8) erfolgt Aufnahmegespräch mit indiv. Zielerarbeitung und Planung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.

FieZ Implementierungshilfen

- 9. Leitfaden für Aufnahmegespräch (Arzt und/oder Psychologe) mit Zielerarbeitung und darauf aufbauender Behandlungsplanung u. spez. Fokus auf den Erwerbsbezug** erarbeiten u. etablieren
- 10. Aufnahme eines Punktes „Wiedereingliederungsbarrieren“ in den Reha-Entlassbericht:** personenbezogene & umweltbezogene Wiedereingliederungsbarrieren sowie Ergebnisse der Therapie zum Abbau der Barrieren bzw. Aufbau von Ressourcen beschreiben
- 11. Konzept für erwerbsbezogen und sozialmedizinisch fokussierte Fallkonferenzen** mit Diskussion der Wiedereingliederungsbarrieren und Planung des möglichen weiteren diagn. und therapeutischen Vorgehens bzw. der Notwendigkeit der Einleitung von Maßnahmen auch nach Ende des Rehabilitationsaufenthaltes (z.B. STW)

FieZ Implementierungshilfen

- 12. Strukturiertes Vorgehen**, wie bei Vorliegen definierter erwerbsbezogener Kriterien und Rehabilitationsziele ein **systematisches erwerbsbezogenes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen gewährleistet werden kann**, um so **die erwerbsbezogene Ausrichtung des gesamten Rehabilitationsprozederes zu initiieren**
13. FIEZ-Laufzettel für Patienten, strukturiert erwerbsbezogenes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen
- 14. Konzept**, wie ein **Vorgehen zum Abbau von Wiedereingliederungsbarrieren auch in den Standardtherapieangeboten** gewährleistet und koordiniert werden kann
15. Ggf. Einführung, Erarbeitung bzw. Modifikation von **ergänzenden Angeboten mit speziellem erwerbsbezogenen Behandlungsaufträgen**

Erfahrungen mit FieZ-Implementierung in Modellkliniken

- **Gelungene Diskussion über Möglichkeiten & Grenzen stärkerer Orientierung an erwerbsbezogenen Zielsetzung der Medizinischen Reha**
- „isolierte Angebote“ werden leichter umgesetzt, z.B. Chefarztvortrag, standard. erwerbsbezogene Eingangsdagnostik, modifiziertes Anschreiben, Fallkonferenzen mit stärkerem erwerbsbezogenen Fokus
- Schwieriger Etablierung von Implementierungshilfen, die dauerhaft Mehr- oder Zusatzarbeit bedeuten (z.B. Aufnahme eines Punktes „Wiedereingliederungsbarrieren“ in die E-Berichte, Einführung von Laufzetteln für alle Rehabilitanden)
- Schwieriger Entwicklung von Konzepten zur Veränderung von Prozessabläufen

Erfahrungen mit FieZ-Implementierung in Modellkliniken

Was sich bewährt hat:

- **Nachhaltige Unterstützung** der Umsetzung des FieZ-Konzeptes durch **Klinikleitung**
- **Etablierung einer regelmäßig tagenden FIEZ-AG**, die Konzept diskutiert, klinikspezifisch adaptiert und weiterentwickelt
- **klinikspezifische Ausarbeitungen und Anpassungen des Konzeptes** und der **Implementierungshilfen** durch **Klinikleitung** und unter **größtmöglicher Beteiligung einer möglichst breiten Repräsentanz von Mitarbeitern** der wichtigen Berufsgruppen (fördert notwendige Veränderungen von Denkgewohnheiten und Prozessabläufen)
- **Begleitung** des Prozesses durch **externe Experten**: Impulsvorträge, Prozessbegleitung mit Unterstützung, feed-back durch Experten, Rückmeldung begleitender Erhebungen im Sinne von Ist- und Verlaufsanalysen

Erfahrungen mit FieZ-Implementierung in Modellkliniken

Was sich nicht bewährt hat:

- **Reine Manualverteilung** ohne entsprechende Einbindung und Unterstützung und Begleitung eines Veränderungsprozesses hin zu FIEZ
- **Delegation der FieZ-Implementierung an einzelnen Mitarbeiter**, noch dazu, wenn diese nicht die notwendige Weisungsbefugnis und hierarchische Position haben
- **Einzelinitiativen bzw. Einzelveranstaltungen ohne kontinuierlichen Entwicklungsprozess**

Empirische Ergebnisse in Modellkliniken

Mehrperspektivenbefragung: Sicht der Rehabilitanden / Sicht der Ärzten u. Therapeuten

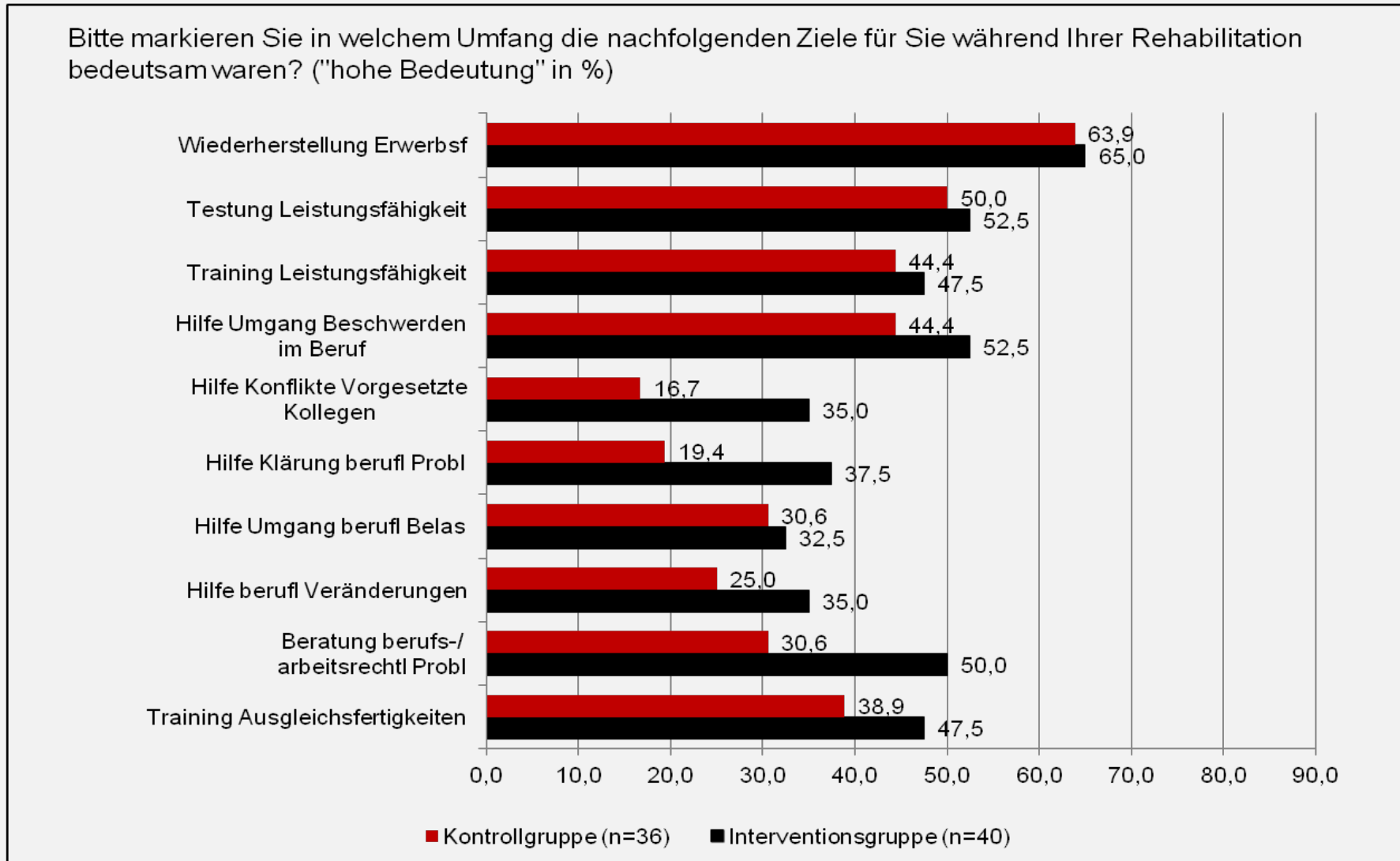
Meßwiederholungsdesign: Aufnahme und Entlassung

Kontrollgruppendesign: Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe

Fragebogenmappen	T1 Aufn	T2 Entlassung
Interventionsgruppe FIEZ ($N_{\max}=44$)		
Patientenfragebogen	44/100%	42/96%
Arztfragebogen	44/100%	41/93%
E-Bericht	--	44/100%
Kontrollgruppe Baseline TAU* ($N_{\max}=59$)		
Patientenfragebogen	58/100%	55/95%
Arztfragebogen	58/100%	51/92%
E-Bericht	--	58/100%

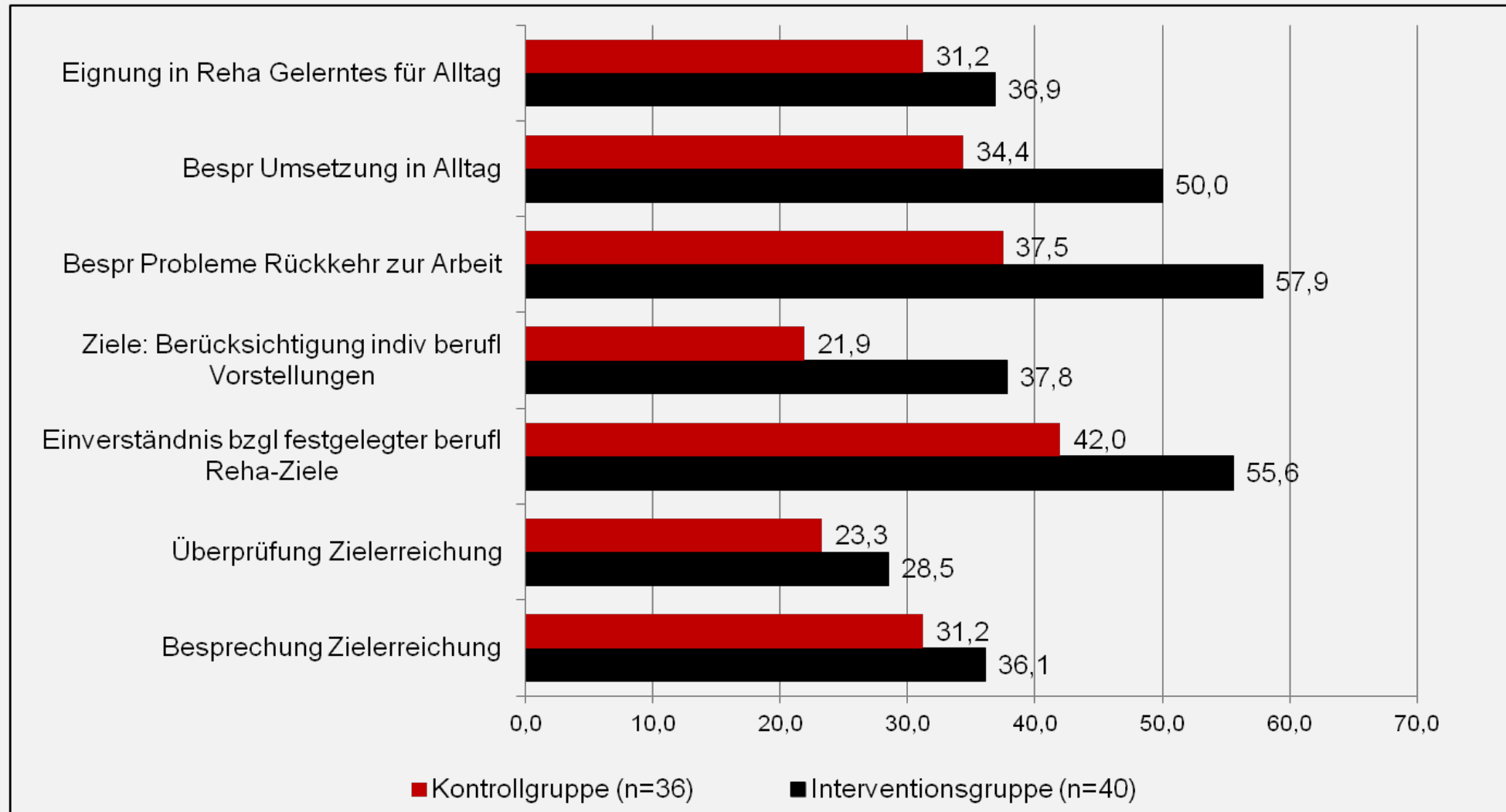
Berufsbezogene Behandlungsziele mit hoher Bedeutung

(Patientenangaben bei Entlassung)



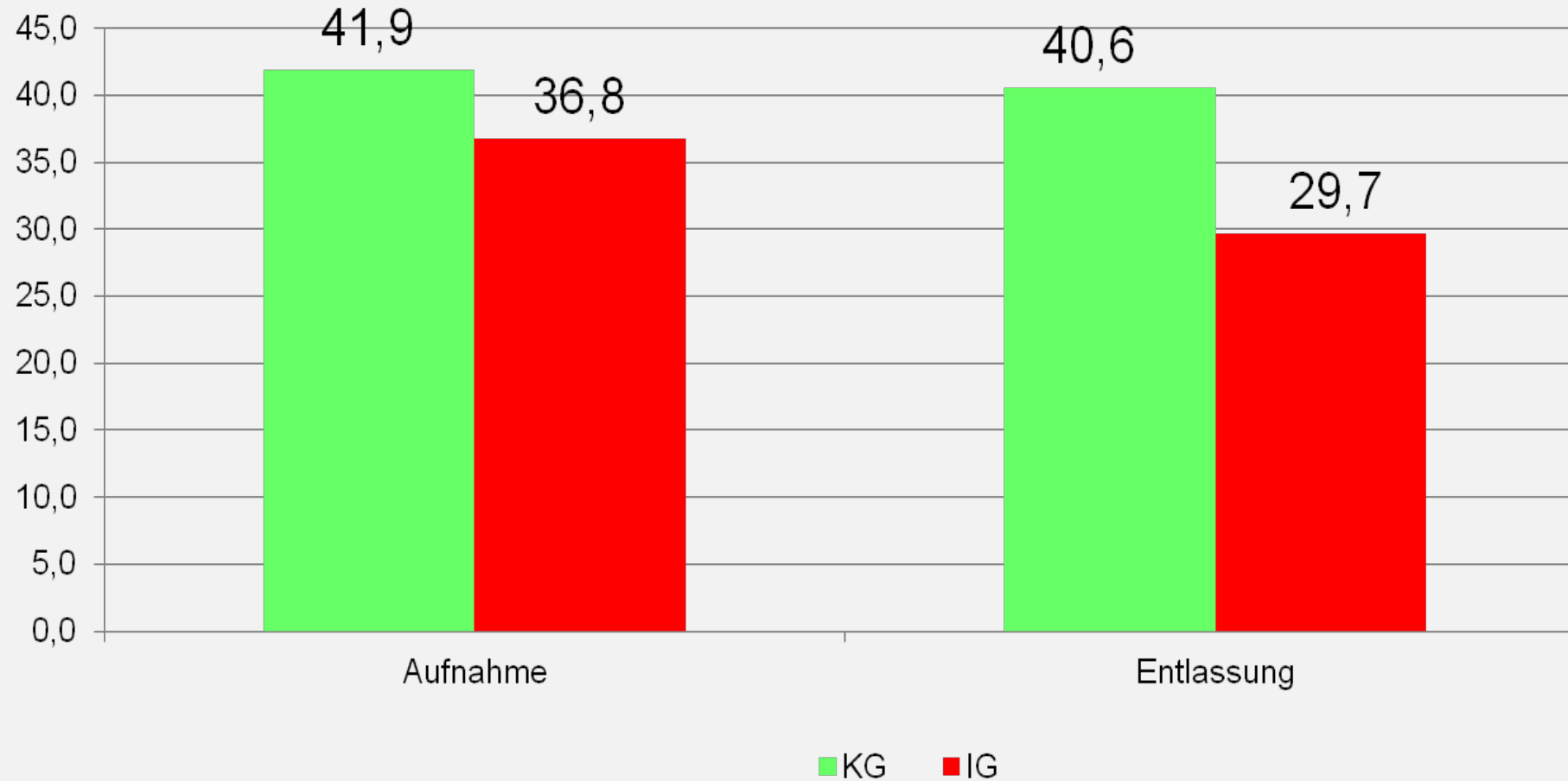
Pos. Bewertung Alltags- & Zielorientierung Reha (AZOR-Skalen)

(Patientenangaben bei Entlassung)

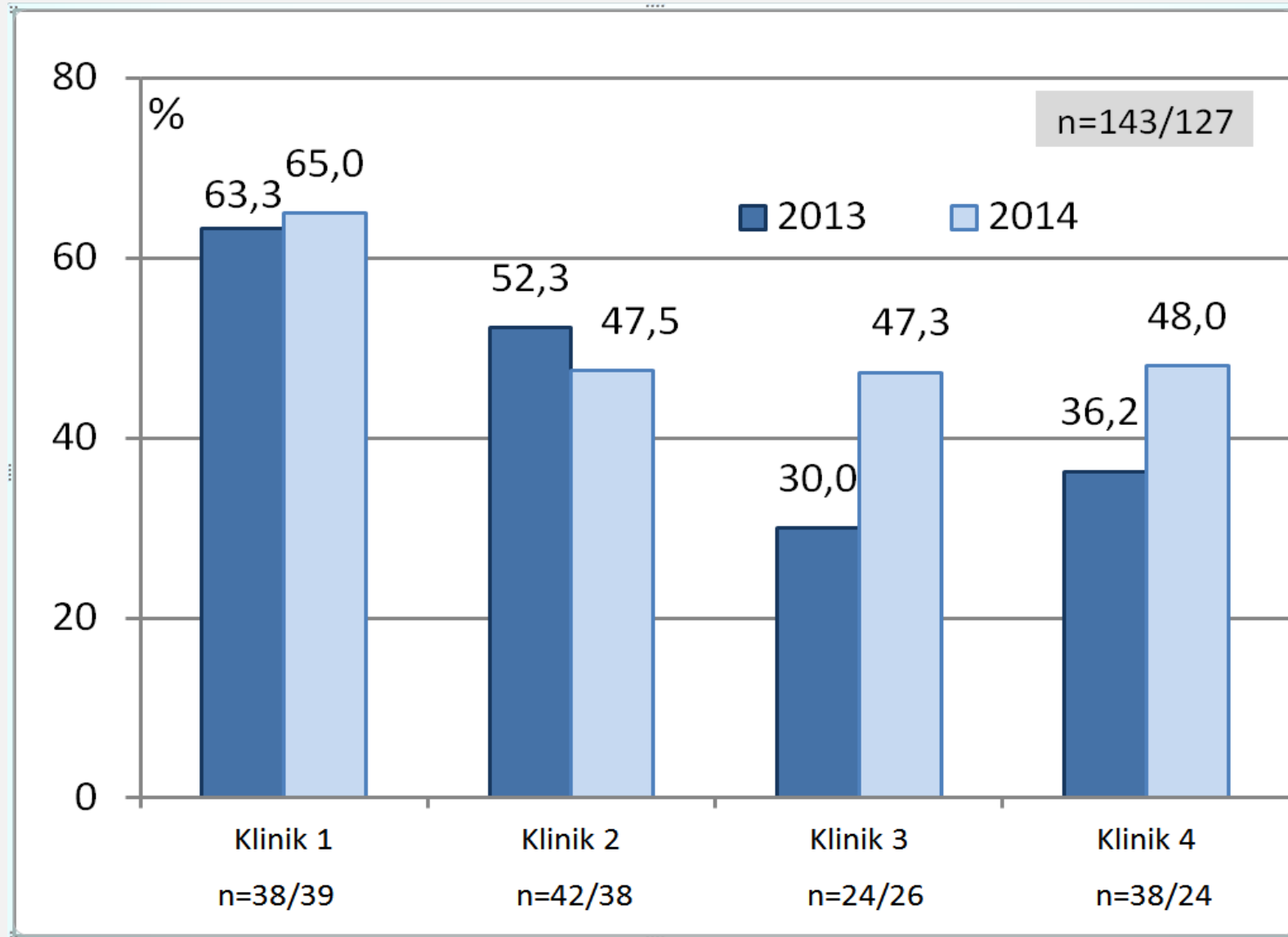


Frühberentungsüberlegungen

(Patientenangaben bei Entlassung)

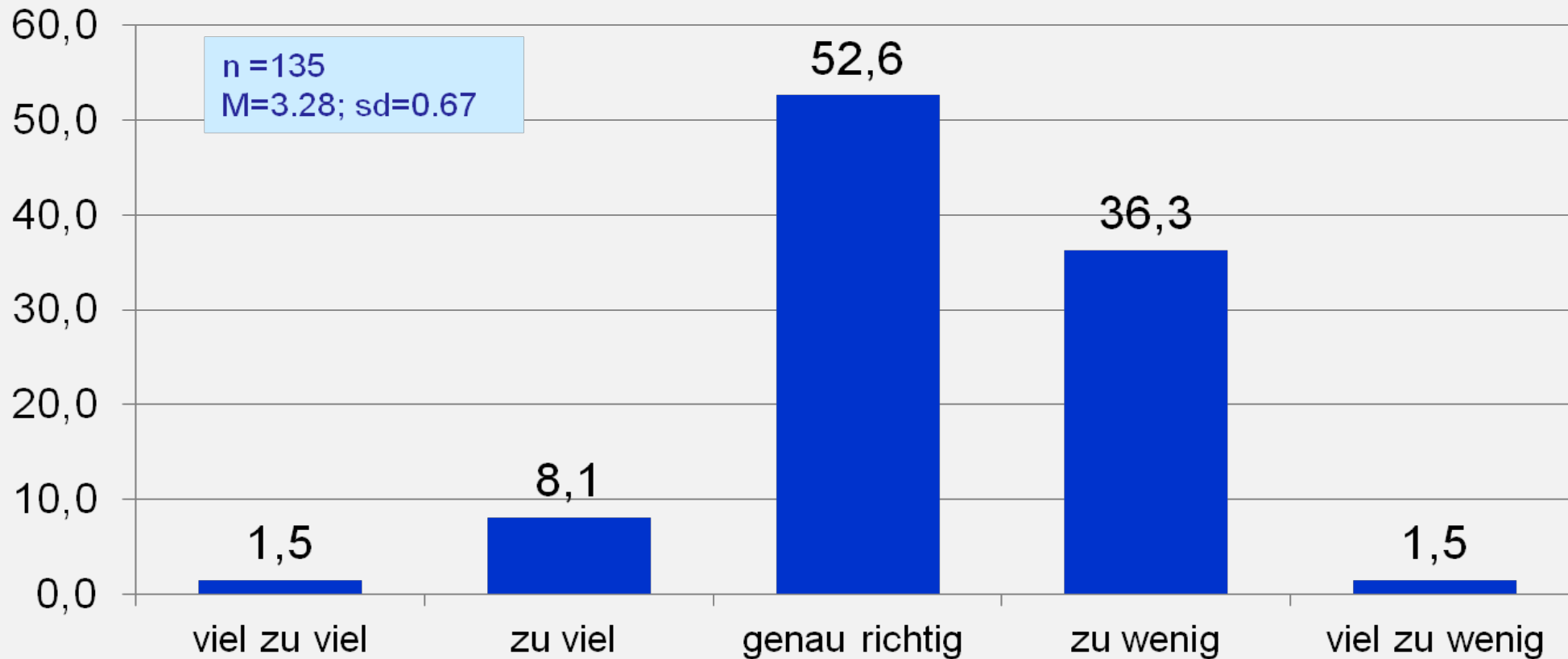


Mitarbeiterbefragung: $t_1=43.7\%$ (N=143)/ $t_2=52.8\%$ (N=127)

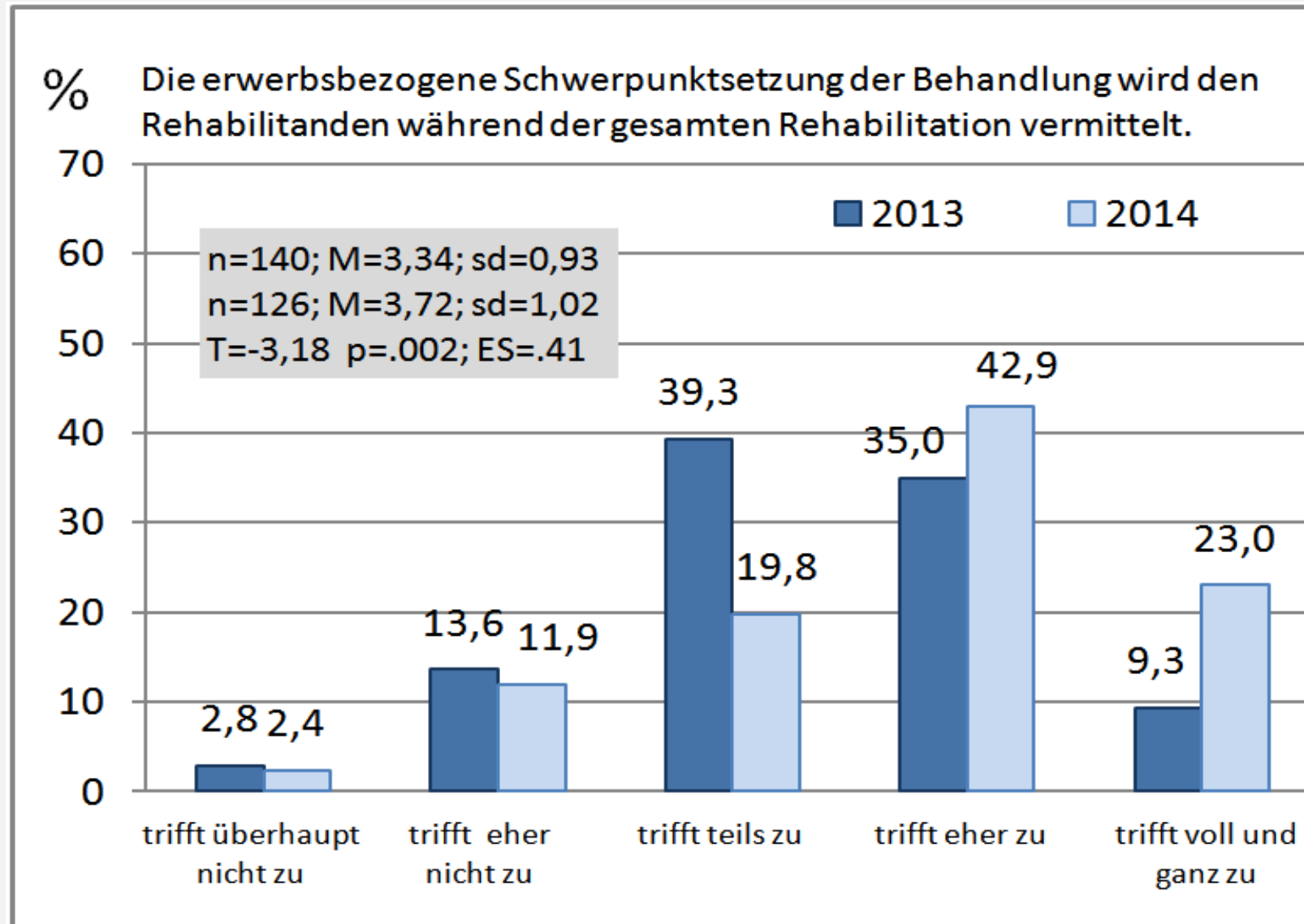


Mitarbeiterbefragung: Fokus erwerbsbezogener Schwerpunkt

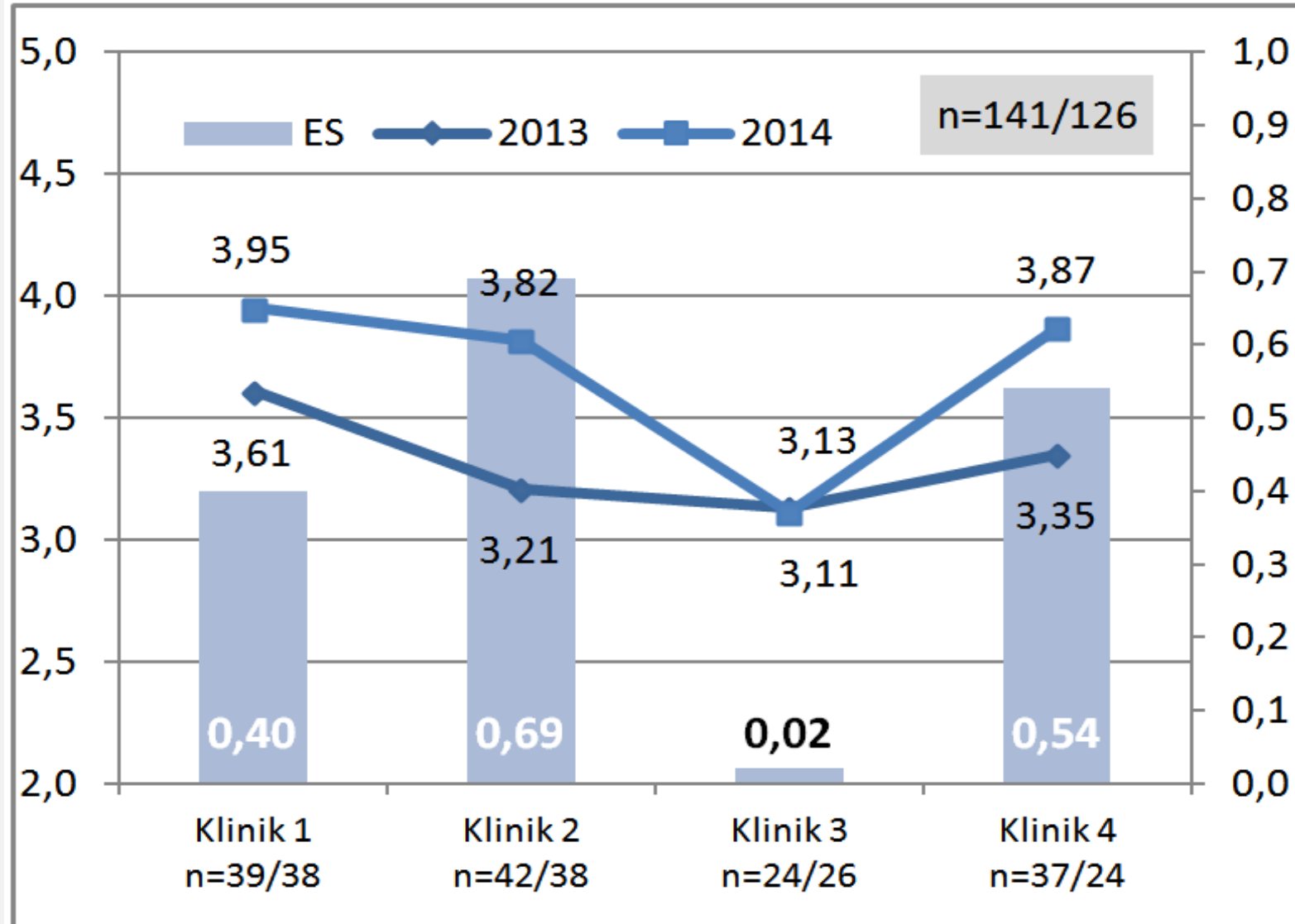
in Prozent



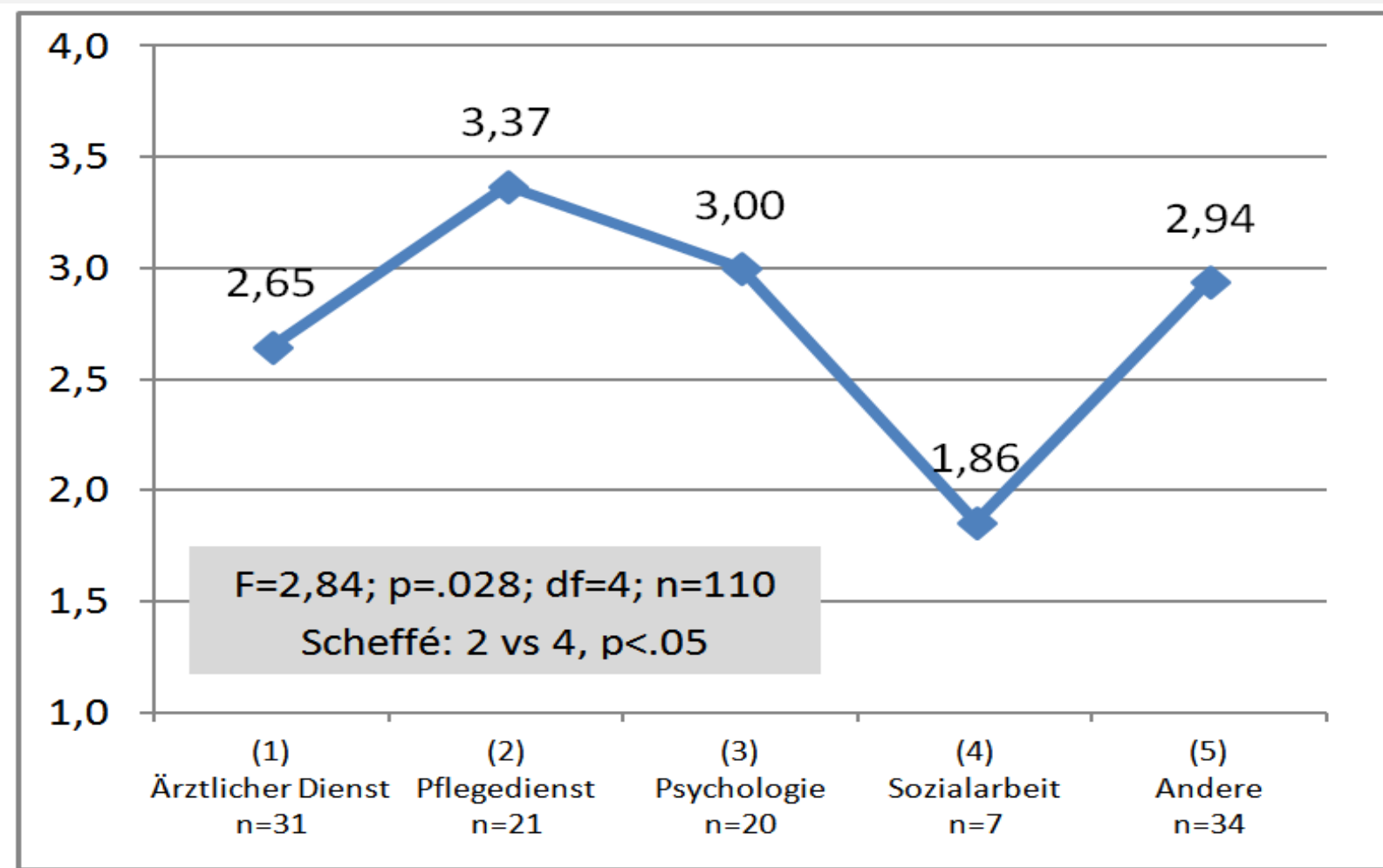
Mitarbeiterbefragung: Realisierung Erwerbsbezug



Mitarbeiterbefragung: Realisierung Erwerbsbezug pro Klinik

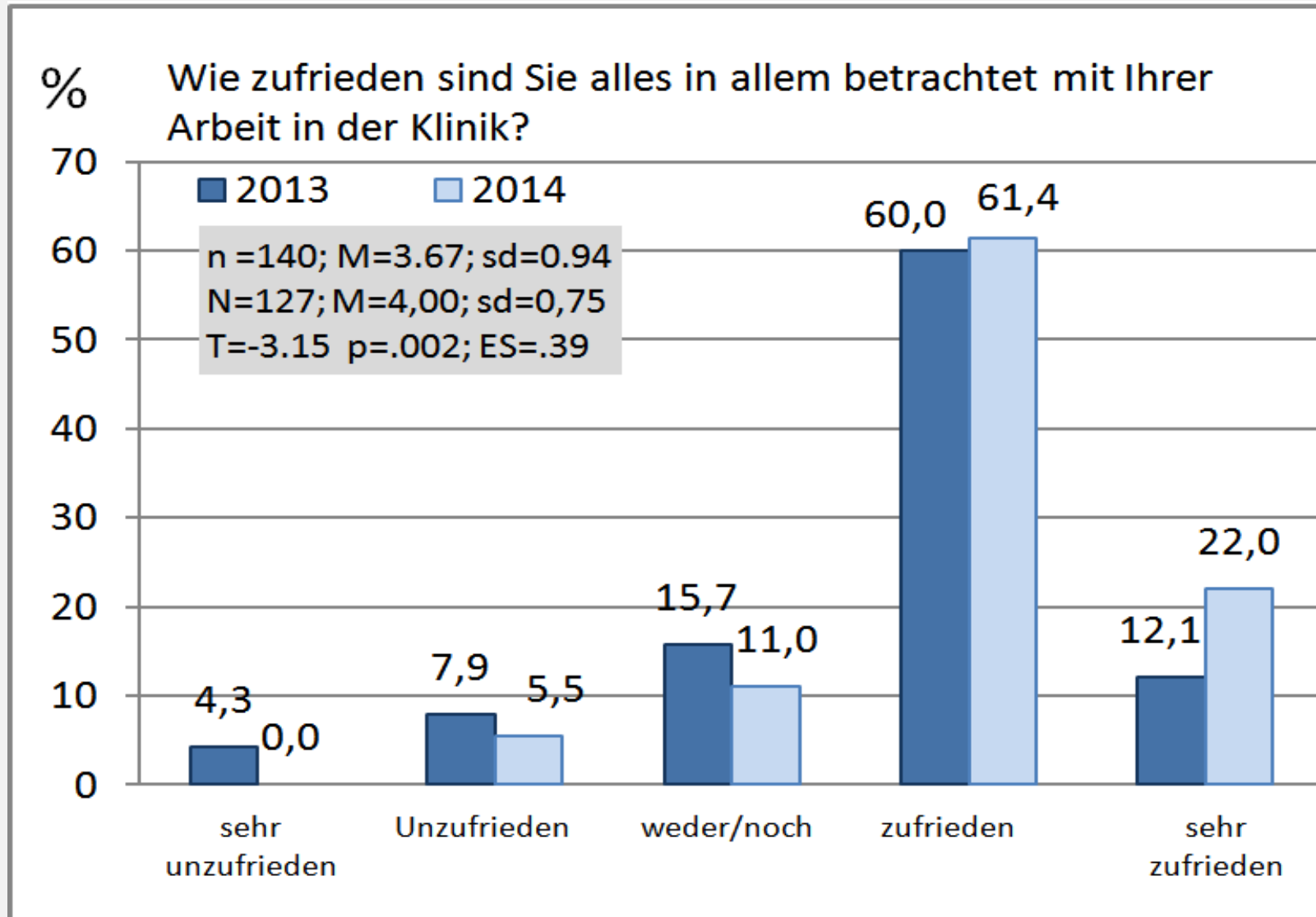


Mitarbeiterbefragung: Berufsgruppeneinbindung FieZ

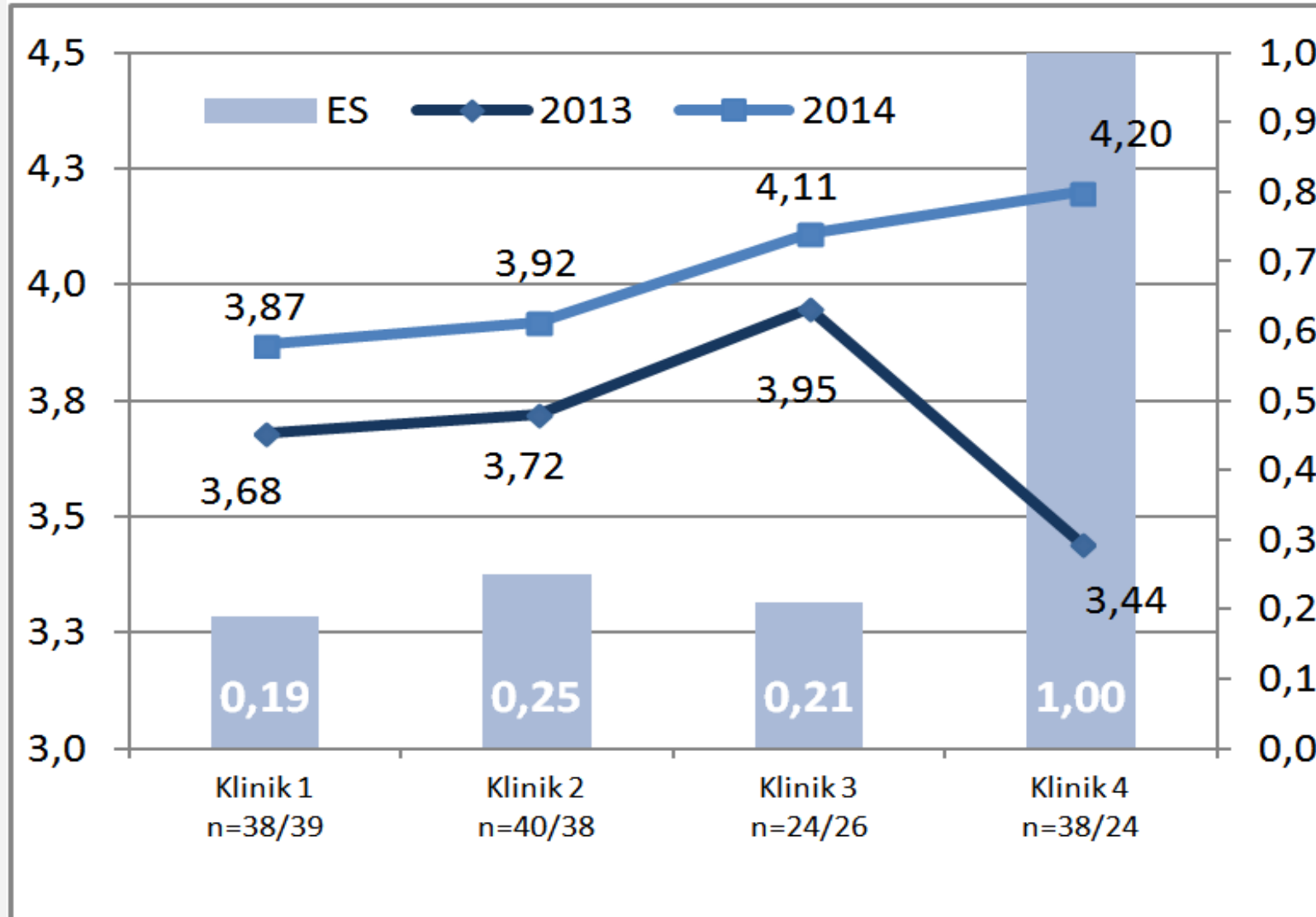


Legende: 1=ja, sehr intensiv; 2=ja, etwas; 3=nein, nicht wirklich; 4=nein, gar nicht

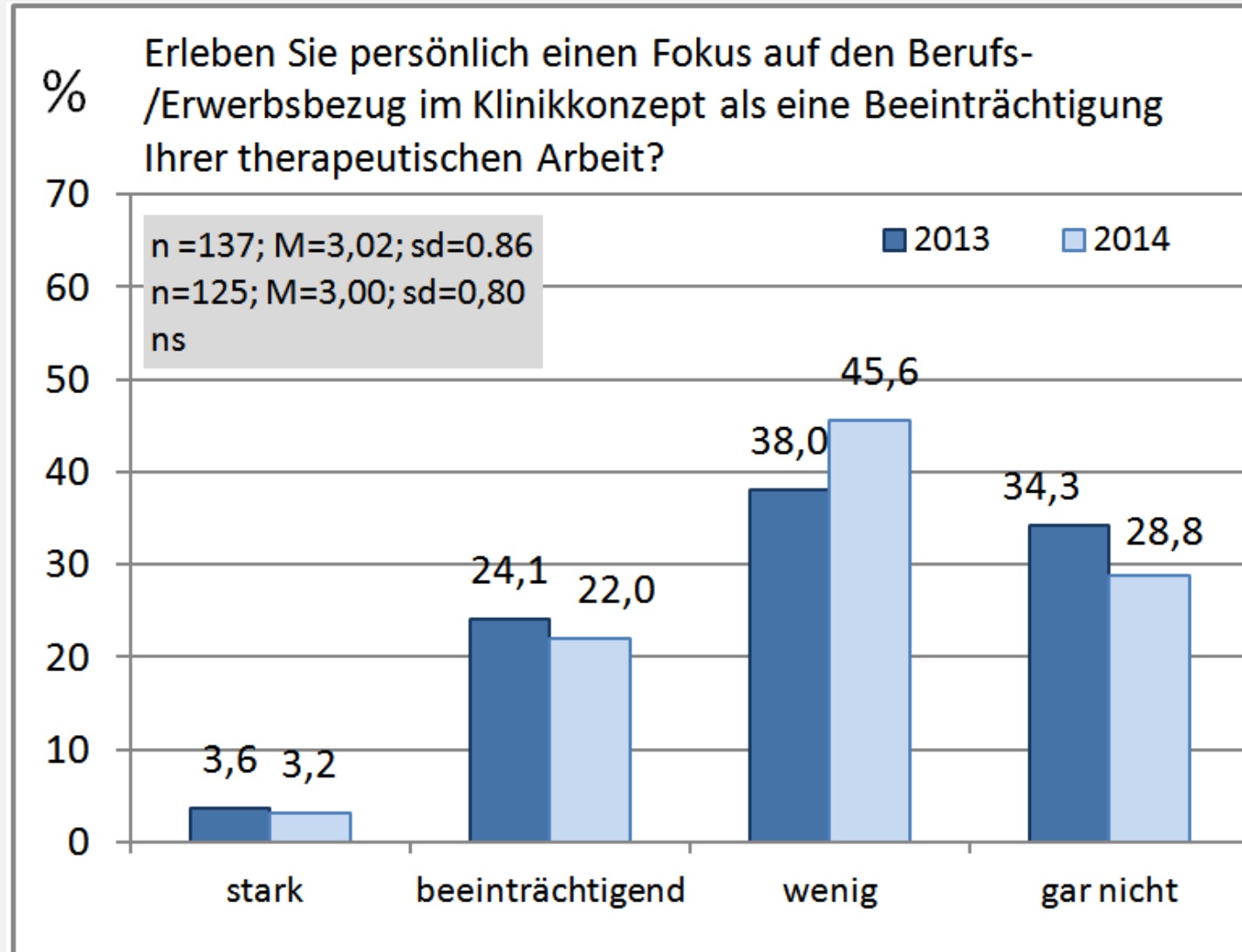
Mitarbeiterbefragung: FieZ & Arbeitszufriedenheit



Mitarbeiterbefragung: FieZ & Arbeitszufriedenheit pro Klinik



Mitarbeiterbefragung: Nebenwirkungen Umsetzung FieZ ?



Diskussion empirische Daten Einführung FieZ in Modellkliniken

- **Einschränkungen der Aussagekraft**

kleine Fallzahlen, Konzeptumsetzung insbesondere im Hinblick auf erwerbsbezogene Aufnahmeuntersuchung Arzt nur teilweise gelungen

- **Begleitende Interviews**

Hohe Akzeptanz des FieZ-Grundgedankens bei Rehabilitanden und Mitarbeitern, Umsetzung vor allem im ärztlichen Aufnahmegespräch (Ziel u. Behandlungsplanung) z.T. schwierig

- **Hinweise auf positive Effekte bei Rehabilitanden**

- **Hinweise auf gelungene Umsetzung bei Mitarbeitern im Sinne der MBOR-Implementierung und im Sinne gesteigerter Arbeitszufriedenheit u Motivation**

Perspektiven zur Verbesserung der Versorgung

Ansatzpunkte aus Vorhaben unserer Arbeitsgruppe:

- Projekt FieZ: Implementierung konsequenter & umfassender erwerbsbezogener Ausrichtung einer Rehabilitation mit Fokus auf Einbindung der Rehabilitanden
- Nutzerperspektive einbeziehen und systematisch zur Verbesserung der Versorgung nutzen: **MBOR-R**: Rehabilitandenbefragung zur Wahrnehmung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes und –Ausrichtung
- Qualitätsförderung MBOR: Multimethodales MBOR-Checkup

MBOR-R

Berufliche Orientierung von Medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus Rehabilitandensicht

—

**Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten
Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der
Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht**

W. Bürger & R. Nübling

2021

fbg

Forschung und Beratung
im Gesundheitswesen
Karlsruhe

GfQG

Gesellschaft für Qualität
im Gesundheitswesen
Karlsruhe

Projekt-Publikationen

24 Wolfgang Bürger, Rüdiger Nübling, Jessica Henn & Marco Streibelt

„MBOR-R“ – Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation*

Wolfgang Bürger¹, Rüdiger Nübling², Jessica Henn¹ & Marco Streibelt³

¹Fbg-Karlsruhe (Forschung & Beratung im Gesundheitswesen), Karlsruhe
²GFQG (Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen), Karlsruhe
³DRV-Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund), Berlin

Zusammenfassung
Hintergrund: Bislang existieren noch keine standardisierten Erhebungsinstrumente, mit denen erfasst werden kann, wie Rehabilitanden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des erwerbsbezogenen Angebotes ihrer Medizinischen Rehabilitation vor dem Hintergrund des MBOR-Stufenmodells bewerten. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat deshalb die Entwicklung eines solchen Instrumentes gefördert. **Methodik:** Die Neuentwicklung von MBOR-R erfolgte in zahlreichen Optimierungsschleifen mithilfe von Diskussionsgruppen mit Rehabilitanden, strukturierten Expertenbefragungen und verschiedenen empirischen Erhebungen. In einer abschließenden empirischen Testung in 17 Rehabilitationseinrichtungen wurden die Itemsselektion und testmethodische Überprüfung einer endgültigen Fragebogenversion an n=1421 Versicherten vorgenommen. **Ergebnisse:** MBOR-R erfasst mit insgesamt 30 Items die Qualität des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes. Für die endgültige Fragebogenversion wurden die Items ausgewählt, die mittlere Schwierigkeitsgrade, gute faktoranalytische Passung und eine möglichst gute Differenzierung zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den MBOR-Stufen, die Rehabilitanden erhalten haben, erlauben. Faktorenanalytisch wurden 7 Skalen gebildet. Die erhaltenen MBOR-Therapieangebote (unterteilt in Basis- und Spezialangebote) haben mit insgesamt 12 Items das größte Gewicht, die restlichen Skalen zur arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik, zur erwerbsbezogenen Therapieziel- und Behandlungsplanung, zur Entlassvorbereitung, zur Gesamteinschätzung des Erwerbsbezugs, dem Nutzen der Rehabilitation im Bereich Arbeit und Beruf und zur Organisation und Teamarbeit hinsichtlich erwerbsbezogener Themen sind mit jeweils 3 Items vertreten. Einheitlich transformierte Skalenergebnisse zwischen 0 und 100 Qualitätspunkten erlauben eine leichte Interpretation der Angaben. **Diskussion:** Mithilfe von MBOR-R erhalten Rehabilitationseinrichtungen und -träger einen differenzierten Überblick, wie Rehabilitanden das erhaltene MBOR-Angebot hinsichtlich verschiedener Qualitätsmerkmale erleben und bewerten. Diese Einschätzungen erlauben eine differenzierte Optimierung des entsprechenden Behandlungsangebotes. Die mit MBOR-R gewonnenen Rehabilitandeneinschätzungen differieren dabei z.T. deutlich gegenüber den korrespondierenden Selbsteinschätzungen der Einrichtungseleitungen und stellen insofern eine wichtige Ergänzung dieser Perspektive dar. Bis auf die Ergebnisskala zum Nutzen der Rehabilitation im Bereich Arbeit und Beruf sind alle Skalen robust gegenüber Stichprobenmerkmalen.

Schlüsselwörter
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Rehabilitandenfragebogen, Evaluation, Qualitätssicherung

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird einheitlich das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Preis: Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation, 2020, 112, 24-41

Online publiziert: 21.12.2021

Originalarbeit

Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion

Questionnaire to Assess the Work-Related Orientation of Medical Rehabilitation from the Perspective of the Rehabilitants (WMMR-R): Cross-Sectional Study Comparing the Short and Long Versions

Autoren
Wolfgang Bürger¹, Rüdiger Nübling², Marco Streibelt³

Institute
1 fbg forschung und beratung im gesundheitswesen, Karlsruhe
2 GFQG - Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe
3 Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Schlüsselwörter
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Rehabilitandenfragebogen, Evaluation, Qualitätssicherung

Key words
Work-related medical rehabilitation (WMMR), Rehabilitant questionnaire, Evaluation, Quality Assurance

online publiziert 2021

Bibliografie
Rehabilitation
DOI 10.1055/a-1668-7797
ISSN 0934-3536
© 2021. Thieme, All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70468 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. Wolfgang Bürger
fbg forschung und beratung im gesundheitswesen
Molkestraße 25
76133 Karlsruhe
Deutschland
fbgbuerger@online.de

Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-1668-7797>

ZUSAMMENFASSUNG
Hintergrund: Die Nutzerwahrnehmung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes ist von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung und den Erfolg der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund hat deshalb die Entwicklung des Fragebogeninstrumentes MBOR-R gefördert, mit dessen Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des erwerbsbezogenen Angebotes aus Rehabilitandensicht erfasst werden können. In diesem Beitrag wird eine Kurzversion vorgestellt und mit der Langversion verglichen. **Methodik:** Basierend auf einer repräsentativen, nach Indikationsbereichen geschichteten Stichprobe wurden berufstätige Versicherte bis 65 Jahren ein halbes Jahr nach ihrer Rehabilitationsaufnahmefreizeit mit einer Langversion (N=28.276) oder einer Kurzversion (N=6.611) von MBOR-R befragt. Ergänzend wurden Routinedaten des Rehabilitationsträgers (RSD) mit einbezogen. Je 27 Items der Langversion und 8 Items der Kurzversion wurden zu einem Gesamtwert aufaddiert und im Hinblick auf teststatistische Gütekriterien und Stichprobensensitivität verglichen. **Ergebnisse:** Die Teilnahmeraten lagen bei der Kurzversion mit 31 % (N=21.151) geringfügig über der der Langversion mit 28 % (N=80.19). Die Bearbeitungsqualität in beiden Versionen ist vergleichbar. Kurz- und Langversion korrelieren zu r=0,96 (p<0,01) miteinander. Beide Versionen weisen ähnliche Validitätskennwerte auf und trennen gut zwischen MBOR- und Standardrehabilitation. Sie sind beide robust gegenüber demografischen, krankheitsbezogenen sowie soziodemografischen Risikofaktoren. Rehabilitanden mit Sucht- und psychosomatischen sowie neurologischen Erkrankungen bewerten ihre Rehabilitation als deutlich stärker erwerbsorientiert im Vergleich zu anderen Indikatoren, insbesondere der Pneumologie. **Schlussfolgerung:** Die Kurzversion eignet sich aufgrund des geringen Erhebungsaufwandes und der einfachen Auswertung und Interpretation v. a. für routinemäßige Erhebungen der MBOR-Versorgungsqualität. Die Langversion erlaubt eine differenziertere Erfassung des MBOR-Angebotes von Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von Stärken-/Schwächen-Analysen.

Bürger W et al. Fragebogen zur Erfassung der ... Rehabilitation | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Prävention und Rehabilitation, Jahrgang 34, Nr. 1/2022, S. 1-18

Original
Original

Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Testmethodische Untersuchung und Validierung des MBOR-R

R. Nübling¹, W. Bürger², J. Henn¹ und M. Streibelt³

¹GFQG Karlsruhe, ²fbg Karlsruhe, ³Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Schlüsselwörter
medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) – Rehabilitandenbefragung – Patient-Reported Outcomes (PRO) – Qualitätssicherung

Key words
work-related medical rehabilitation (WMMR) – rehabilitant survey – patient-reported outcomes (PRO) – quality assurance

Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Testmethodische Untersuchung und Validierung des MBOR-R
Hintergrund: Mit dem MBOR-R wurde in einer Vorstudie ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung des erwerbsbezogenen Angebotes der Medizinischen Rehabilitation vor dem Hintergrund des MBOR-Stufenmodells aus Sicht der Rehabilitanden entwickelt. In einer zweiten Studienphase sollte der MBOR-R an einer größeren Stichprobe testmethodisch geprüft und validiert werden. **Material und Methoden:** Der 30 Items umfassende Fragebogen wurde einmalig (ohne Erinnerung) in zwei Versionen unter Einschluss weiterer, v. a. für die Validierung relevanter Skalen/Parameter an DRV-Bund-Versicherte ca. ein halbes Jahr nach der Reha versandt. Methodisch handelt es sich um eine Ein-Punkt-Messung mit z. T. retrospektiver Erfassung des Prä-Zustandes. **Stichprobe:** Ca. 35.000 Versicherte unterschiedlicher Indikationen wurden einbezogen. Der MBOR-R-Rücklauf lag bei knapp 30% bzw. etwas mehr als 10.000. In Ergänzung wurden die Versichertenkarten der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) einbezogen. **Ergebnisse:** Die in der Studienphase I ermittelte bzw. präferierte faktorielles Struktur des MBOR-R mit sieben Skalen (arbeits-/berufsbezogene Diagnostik, erwerbsbezogene Therapieziel-/Behandlungsplanung, Therapieangebote, Entlassvorbereitung, Einschätzung des Erwerbsbezugs der Reha sowie ihres Nutzens für Arbeit/Be-

ruf, Organisation/Teamarbeit) und zwei Subskalen (Therapie-Basis- und Spezialangebote) konnten weitgehend, sowohl explorativ (EFA) als auch konfirmatorisch (CFA) bestätigt werden. Die Skalen zeigten sich, wie in der ersten Phase robust gegenüber Ausgangsmerkmalen der Rehabilitanden (u. a. Geschlecht, Alter, Bildung, beruflicher Status) und können gut zwischen Indikationsgruppen oder durchgeführten MBOR-Maßnahmen unterscheiden. Auch fanden sich einige substantielle Zusammenhänge mit Outcomes (prognostische Validität) und es können Kliniken anhand eines MBOR-Profiles unterschieden werden. Die MBOR-R-Rückmeldungen können damit gut von Rehabilitationseinrichtungen und -trägern auch zur Optimierung von MBOR-Konzepten und -Behandlungsangeboten herangezogen werden. Weitere Validierungen könnten im Rahmen prospektiver und auf klassischen Mehrpunktmessungen basierender Studien erfolgen.

The work orientation in medical rehabilitation from the patient's view – Analysis of the test quality of the MBOR-R questionnaire
Background: In a preliminary study, the MBOR-R was developed as a standardised instrument for assessing the employment-related offer of medical rehabilitation against the background of the MBOR stage model from the perspective of the rehabilitants. In a second study phase, the MBOR-R was to be tested methodically and validated

Nübling R, Bürger W, Henn J, Streibelt M: Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Testmethodische Untersuchung und Validierung des MBOR-R. Prävention und Rehabilitation. 2022; 34: 1-18. DOI 10.5414/PRX0666

Korrespondenzadresse: Dr. Rüdiger Nübling, GFQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Wendtstraße 1, 76185 Karlsruhe, nuebling@gfg.de, www.gfg.de, <https://orcid.org/0000-0003-3868-5589>



Multimethodaler MBOR-Check-up



MBOR-Selbstbewertung durch das Reha-Team

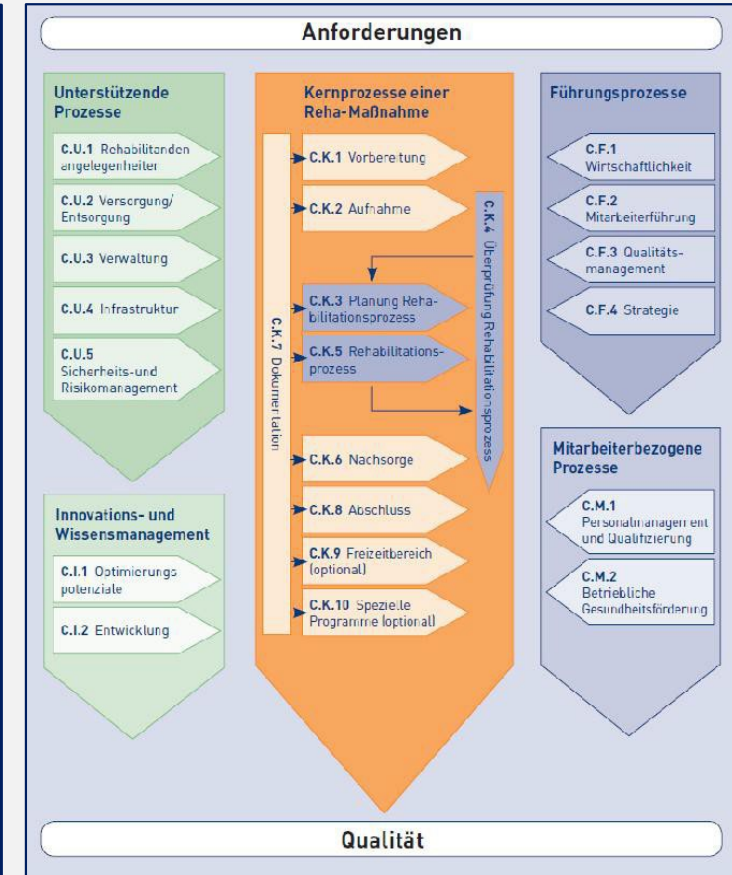
MBOR-Mitarbeiter-Befragung

MBOR-Rehabilitanden-Befragung

MBOR-Audit / Interviews vor Ort / Konzeptbewertung

MBOR-Strukturen und -prozesse:

- MBOR-Kultur (Basis für alle MBOR-Angebote)
- Personal, Räume, Ausstattung
- Interne MBOR-Organisation
- Zusammenarbeit im Reha-Team
- Zielgruppen (valide Screenings)
- MBOR-(Aufnahme-)diagnostik
- MBOR-Therapieziele, Behandlungsplanung
- MBOR-Therapieangebote
- MBOR-Entlassungsvorbereitung, Nachsorge
- MBOR-Dokumentation
- MBOR-QS, Fort- und Weiterbildungen
- MBOR-Ergebnisqualität: erhaltene Maßnahmen, Nutzenbewertung, Gesamtbewertung
- MBOR im QM-Handbuch



Diskussion: Rahmenbedingungen Implementierung MBOR

Barrieren

- Personelle u räumliche Ressourcen
- Vergütung und Kosten
- Mitarbeiterbelastung
- Belastungen durch Pandemie

Noch fehlende Daten über hemmende und förderliche Bedingungen für Implementierung MBOR

- Prozesssteuerung
- Wie erzielt man unter gegebenen Rahmenbedingungen das beste Ergebnis im Sinne einer erfolgreichen MBOR-Implementierung?

Diskussion & Ausblick

- **Bislang noch fehlende empirische Kenntnisse über indikationsspezifisch förderliche und hemmende Faktoren einer erfolgreichen Implementierung und Umsetzung von MBOR**
 - ▶ **Anregung:** systematische Erhebung als Grundlage für Entwicklung von Hilfestellungen bei der Implementierung und Umsetzung
- Bislang noch keine breiteren Erfahrungen mit der Umsetzung eines umfassenderen MBOR-Implementierungskonzeptes wie z.B. FieZ und seinen Auswirkungen auf die Ergebnisse von Rehabilitationsverfahren
 - ▶ **Anregung:** z.B. FieZ-Umsetzung in mehr Modellkliniken umsetzen, Implementierungsprozess weiterentwickeln und im Hinblick auf Outcome-Kriterien testen

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Dr. Wolfgang Bürger

fbg

Forschung und Beratung im Gesundheitswesen

Moltkestr. 25

D-76133 Karlsruhe

fbgbuerger@online.de

www.fbg-karlsruhe.de

0721 625 47 25

Anhang

- Publikationen unserer Arbeitsgruppe, die dem Vortrag zugrundeliegen
- MBOR-Skalen im Überblick

Relevante Publikationen

- Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M. (2022). Medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR) in der Psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zu somatischen Indikationen. *Die Rehabilitation*, 61: 264-275.
- Nübling, R., Bürger, W., Henn, J., Streibelt, M. (2022). Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Testmethodische Untersuchung und Validierung des MBOR-R. *Prävention und Rehabilitation*, Jahrgang 34, Nr. 1, S. 1-18
- Bürger, W., Nübling, R. & Streibelt, M. (2021). Fragebogen zur Erfassung der medizinisch-beruflichen Orientierung der Rehabilitation aus der Perspektive der Rehabilitanden (MBOR-R): Querschnittsstudie zum Vergleich der Kurz- und Langversion. *Die Rehabilitation*, online publiziert 2021, DOI 10.1055/a-1668-779
- Bürger, W., Nübling, R. & Streibelt, M. (2020). „MBOR-R“ - Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab*, 33, 112, 24-41
- Bürger, W. & Nübling, R. (2018). MBOR-R. Medizinische Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Abschlussbericht. Karlsruhe, 31.08.2018.
- Bürger, W.; Nübling, R. unter Mitarbeit von: Anton, E., Franzkoch, C., Günthner, A., Kretschmer, P., Kriz, D., Masius, U., Rudolph, M., Rüddel, H., U., Siefken-Kaletka, H., Stapel, M., Stirn, A.V., Weisenburger, R., Zucker, A. (2015). Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung – FieZ. *Handbuch für Rehabilitationseinrichtungen*. Speyer: DRV Rheinland-Pfalz
- Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J. & Bürger, W. (2020). MBOR-Check-up: modulare Bewertungsmethoden zur Standortbestimmung und Weiterentwicklung von MBOR--Konzepten in Reha-Kliniken. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab*, 33, 112, 86-102

Relevante Publikationen

Nübling, R., Bürger, W., Henn, J. & Streibelt, M. (2022). Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – Testmethodische Untersuchung und Validierung des MBOR-R – Präv Rehab, 34, 1-18, DOI 10.5414/PRX0566

Nübling, R., Kaiser, U. & Streibelt, M. (2020a). Standortbestimmung und Qualitätssicherung/-entwicklung von MBOR in Reha-Kliniken. Themenheft „MBOR“. Prax Klin VerMed Rehab, 33, 112, 3-107

MBOR-R: Skalen

Skala	Skalenbezeichnung	Items	Cronb. α	
DIA	Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik	3	.69	Prozess
TZB	Therapiezielabstimmung und Behandlungsplanung	3	.91	Prozess
MBORA	-G MBOR-Therapieangebote gesamt	12	.86	Struktur
	-B Basisangebote	(7)	.85	Struktur
	-S Spezialangebote: Arbeitstrainings, Belastungserprobungen	(5)	.72	Struktur
EVB	Entlassung, Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	3	.83	Prozess
GEBA	Gesamteinschätzung des Erwerbsbezuges der Reha	3	.86	Prozess
OZRT	Organisation und Zusammenarbeit im Reha-Team hinsichtlich erwerbsbezogener Behandlungsthemen	3	.87	Prozess
MBOR-G	Gesamtskala lang	27	.95	
GENAB	Gesamteinschätzung Nutzen der Reha für Arbeit & Beruf	3	.91	Ergebnis
MBOR-K	Kurzskala (je 1 Item pro Skala + 3 Items MBORA o. GENAB)	8	.88	

Mitarbeiterbefragung Berufsgruppen

