



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

ECKPUNKTE ARBEITSBEZOGENER STRATEGIEN BEI LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

1. Einleitung	2
2. Bedeutung des Arbeitsbezuges	3
3. Rehabilitationsziele - individuell, erwerbsbezogen und realitätsgerecht	4
4. Rehabilitationsdiagnostik - zeitgerecht und zielgerichtet	5
5. Rehabilitationsmodule - indikationsorientiert und problembezogen	6
6. Rehabilitationsprozess - vernetzt und strukturiert	8
7. Rehabilitationsdokumentation - vollständig und nachvollziehbar	10
8. Qualitätssicherung der Rehabilitation	10
9. Anhang (Übersichten zu Diagnostik, Therapie und Beratung; Literatur)	14

Berlin, 06.08.2007

**Ansprechpartner:
Dr. Hanno Irle
Bereich Sozialmedizin
im Geschäftsbereich
Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften
Telefon: 030/865-39320
Fax: 030/865-28891
E-Mail: dr.hanno.irle@drv-bund.de**

1. Einleitung

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung beruht auf dem gesetzlichen Auftrag, gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu mindern und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Nach dem Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ haben Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen.

Die medizinische Rehabilitation ist durch ein hoch differenziertes Spektrum diagnostischer und therapeutischer Strategien und Konzepte gekennzeichnet, das sowohl der Vielfalt der Erkrankungen unter Einschluss psychischer Aspekte als auch der Individualität der Rehabilitanden und ihrer jeweiligen Lebens- und Arbeitssituation Rechnung trägt.

In unserer Gesellschaft wird Erwerbsarbeit als ein zentrales identitätsstiftendes Element angesehen. Aus medizinsoziologischer Perspektive besteht eine starke Assoziation zwischen Erwerbsrolle und Gesundheit. Das Erwerbsleben ist durch die Exposition gegenüber vielfältigen Einflüssen charakterisiert, die die seelische und körperliche Gesundheit beeinträchtigen können. Arbeitswissenschaft und Psychologie diskutieren stresstheoretische Modelle und Konzeptionen zur Erklärung von Wechselwirkungen zwischen Arbeitswelt, Stressoren und Gesundheit.

Veränderungen der Arbeitswelt in den letzten Jahrzehnten haben zu ansteigenden spezifischen Belastungen geführt, beispielsweise durch erhöhte Anforderungen an Qualifikation und Flexibilität, reduzierte Entscheidungs- und Handlungsspielräume und nicht zuletzt drohende Arbeitslosigkeit. Die psychosozialen Implikationen solcher Belastungen können insbesondere bei Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen dazu beitragen, dass die individuelle Bewältigungskapazität überfordert wird und die Teilhabe am Erwerbsleben gefährdet ist.

Aktive berufliche Integration ist sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch aus ökonomischen Gründen der am meisten Erfolg versprechende Ansatz, um langfristig und effektiv die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft positiv zu beeinflussen. Oft kann durch geringfügige Veränderungen am Arbeitsplatz, durch Modifikation von Arbeitsabläufen, durch Verwendung geeigneter Hilfsmittel oder durch eine Veränderung persönlicher Einstellungen dieses Ziel erreicht werden. Voraussetzung ist allerdings eine Strategie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, die den hohen Stellenwert der Erwerbstätigkeit berücksichtigt. Die bewusste Fokussierung auf Fragestellungen der Berufs- und Arbeitsrealität, die entsprechende Ausrichtung vorhandener Strategien sowie die zielgerichtete Weiterentwicklung erwerbsbezogener diagnostischer und therapeutischer Module müssen im Konzept jeder Einrichtung verankert sein, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die gesetzliche Rentenversicherung durchführt.

Rehabilitative Elemente auf der Basis pädagogisch-lerntheoretischer Erkenntnisse stellen eine bereits seit langem etablierte Grundlage des therapeutischen Vorgehens dar; sie haben wertvolle Impulse für die Entwicklung der arbeitsbezogenen Orientierung der medizinischen Rehabilitation gegeben. Die große Bedeutung arbeitsbezogener Fragestellungen für die medizinische Rehabilitation ist inzwischen anerkannt und in zunehmendem Maße befassen sich auch wissenschaftliche Untersuchungen und Kongressveranstaltungen mit diesem Thema.

Das SGB IX hat den Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf selbstbestimmte Teilhabe neu formuliert und gestärkt. Hieraus ergibt sich für die Deutsche Rentenversicherung der Auftrag, den Versicherten qualitativ hochwertige, auf die Eingliederung in das Erwerbsleben zentrierte Leistungen anzubieten. Dazu gehört neben der medizinischen Rehabilitation auch die frühzeitige Identifikation eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, möglichst schon während einer medizinischen Rehabilitation.

Die Zielsetzung der vorliegenden Eckpunkte ist eine Darstellung von arbeitsbezogenen Problemkreisen und die Formulierung von Anforderungen an die medizinische Rehabilitation unter dem Aspekt des Bezugs zur Arbeit. Die Thematik soll im diagnostischen und integrativ-therapeutischen Konzept der medizinischen Rehabilitation sowie im rehabilitativen Gesamtprozess eine ihrer großen Bedeutung für Versicherte und Solidargemeinschaft entsprechende Verankerung finden.

2. Bedeutung des Arbeitsbezuges

Im Zusammenhang mit chronischer Krankheit und Behinderung finden sich grundsätzlich bei allen Rehabilitanden arbeits- und berufsbezogene Problemstellungen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung und mit unterschiedlichen Konsequenzen für die individuelle rehabilitative Strategie.

Traditionell widmen sich sozialmedizinische Literatur und sozialmedizinische Beurteilungskriterien vorrangig physischen beziehungsweise physikalischen Belastungen (zum Beispiel Schwere der Arbeit, Arbeitshaltung und Arbeitsrhythmus). Unter den veränderten Bedingungen des Arbeitsmarktes mit Betonung von Dienstleistungen sowie Kommunikations- und Informationstechnologie ist jedoch eine Verlagerung des Schwerpunktes auf arbeits- und leistungsbezogene Fragestellungen unter psychischen und mentalen Aspekten eingetreten. Diese berühren unter anderem Bereiche der Persönlichkeit und des Selbstbildes wie Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit. Fragen der Motivation und Belastbarkeit, die Tendenz zur Selbstüberforderung, Kontaktfähigkeit, Flexibilität sowie soziale Fähigkeiten spielen gerade hinsichtlich der Arbeitswelt eine bedeutsame Rolle und führen von der indikations- und diagnosebezogenen Betrachtung zu einer problemorientierten Sichtweise.

Über die veränderten Anforderungen des Arbeitsmarktes hinaus stellen drohende oder bereits eingetretene Arbeitslosigkeit und diskontinuierliche („Patchwork-“) Erwerbsbiografien mit entsprechend unregelmäßigen Beitragszahlungen an die Sozialversicherung heute nicht mehr nur ein Problem bestimmter, geringer qualifizierter Personengruppen dar, sondern betreffen direkt oder indirekt die gesamte Gesellschaft. Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen sind hier besonders betroffen und bedürfen zu ihrer dauerhaften Integration in das Erwerbsleben spezieller Unterstützung, wie sie die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung zu leisten imstande ist.

Die Heraufsetzung des regulären Renteneintrittsalters auf 67 Jahre stellt auch die Rehabilitation vor neue Herausforderungen. Es wird nur dann zu einem späteren Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kommen, wenn die Erwerbsfähigkeit der älteren Versicherten bis zu diesem Alter erhalten werden kann, wozu die Deutsche Rentenversicherung ebenfalls ihren Teil beitragen wird. Der Rehabilitation älterer Versicherter wird unter diesem Aspekt zukünftig noch mehr Bedeutung beigemessen werden. Auch hier gilt es, spezifische Konzepte und Strategien zu entwickeln.

Arbeitsbezogene Problemkonstellationen, die eine besondere Strukturierung und erweiterte Strategie während und nach der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bedingen, sind in sämtlichen Fachgebieten zu finden. Die ursprünglichen Entwicklungsimpulse stammen aus der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation, die eine Vorreiterrolle hinsichtlich der Etablierung berufsbezogener Therapiebausteine eingenommen hat.

Gesundheitliche Integrität wird durch verschiedene Charakteristika beschrieben, die sich im Sinne der ICF auf die Unversehrtheit von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beziehen.

Im Zusammenhang mit chronischer Krankheit oder Behinderung finden sich arbeits- und berufsbezogene Problemstellungen bei den einzelnen Rehabilitanden in recht unterschiedlicher Ausprägung. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Komponenten der ICF sind die folgenden Problembereiche von Bedeutung:

- Auf der **somatischen Ebene** können Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen zu erheblichen Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe am Arbeitsleben führen. Im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind hier - zum Beispiel bei Mobilitätseinschränkungen - individuelle, ergonomisch ausgerichtete Anpassungs- und Trainingsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen. Darüber hinaus kann die Überwindung von Hindernissen und die Ressourcenförderung bezüglich der Kontextfaktoren auch eine behinderungsgerechte Arbeitsplatz- und Hilfsmittelausstattung oder eine Umsetzung innerhalb des Betriebes umfassen.
- Beeinträchtigungen **psychischer Funktionen**, die in der ICF unter den Körperfunktionen subsumiert werden, können sich beispielsweise in mangelndem Selbstvertrauen, Konzentrationsschwierigkeiten und vorzeitiger Erschöpfung äußern. Auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe kann dies zu einer Einschränkung der psychomentalen Belastbarkeit und der Umstellungs- und Problemlösefähigkeit im Arbeitsalltag mit Verlust an Entscheidungs- und Handlungskompetenz führen. Versagensängste und überhöhte Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit können bei den Rehabilitanden zu einem Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und erlebter beruflicher Gratifikation beitragen, das psychotherapeutisch ausgerichtete Interventionen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation erfordern kann.
- **Soziale Faktoren**, die in der ICF zu den Kontextfaktoren zählen, können sich in Bezug auf den Gesundheitszustand als Barrieren auswirken oder positive Effekte auslösen. Beispiele für relevante soziale Kontextfaktoren sind der sozioökonomische Status mit seinen verschiedenen Facetten wie Ausbildung, spezifische Qualifikation, berufliche Position und Einkommen sowie die Integration in ein soziales Netz.

3. Rehabilitationsziele - individuell, erwerbsbezogen und realitätsgerecht

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung sollen die Versicherten in die Lage versetzen, nach Beendigung der Rehabilitation ihre bisherige oder eine andere, die Leistungseinschränkung berücksichtigende Erwerbstätigkeit wieder dauerhaft ausüben zu können.

Die arbeitsbezogenen Elemente der medizinischen Rehabilitation werden entsprechend den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitanden individuell eingesetzt, wobei spezifische Einschränkungen, Motivationslage und persönliche Interessen angemessen zu berücksichtigen sind.

Indikationsübergreifende, jeweils am individuellen Bedarf orientierte Ziele der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation sind:

- Stärkung der Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Abklärung der vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit
- Erlernen und Umgehen mit Anforderungen, Über- und Unterforderung
- Reaktivierung alter und Erwerb neuer Fähigkeiten sowie Auseinandersetzung mit neuen Techniken

- Steigerung von Durchhaltevermögen, Konzentration und Ausdauer
- Erlernen von Selbstständigkeit, Entwicklung und Stabilisierung eines realistischen Selbstbildes
- Erleben und Verarbeiten von Erfolgen und Misserfolgen
- Verbesserung von sozialer Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit
- Umgang mit behinderungsbedingten Beeinträchtigungen
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Verbesserung von Zuverlässigkeit, Gewöhnung an Pünktlichkeit, Einhalten regelmäßiger Arbeitszeiten
- Stärkung der Arbeitsmotivation.

4. Rehabilitationsdiagnostik - zeitgerecht und zielgerichtet

Die Diagnostik im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unterscheidet sich von der Diagnostik in der Akutbehandlung insbesondere durch ihre Zielsetzung. Sie konzentriert sich auf die für die Einleitung einer rehabilitativen Strategie und die abschließende Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erforderlichen Aspekte. Für die berufsorientierten Analysen sind insbesondere von Bedeutung:

- Angaben zur Sozial- und Berufsanamnese
- Beschreibung des Arbeitsplatzes
- Erfassung der sozialen Situation
- Fragen der Motivation
- Aspekte des zugrunde liegenden individuellen Krankheitsmodells sowie
- die Erfassung subjektiver und objektiver Belastbarkeits-/Beanspruchungswechselwirkungen.

Dabei kann der routinisierte Einsatz von Screening-Fragebögen, Merkmalskatalogen oder anderen Erhebungsinstrumenten sinnvoll sein, die zum Themenkomplex der Integration in die Arbeitswelt entwickelt wurden.

Fragen der Motivation zur beruflichen Tätigkeit, der Selbstwahrnehmung, der Persönlichkeitsstruktur und des sozialen Verhaltens sowie darüber hinaus die psychophysiologische und konzentrierte Leistungsfähigkeit stehen im Mittelpunkt der psychologischen Diagnostik. Diese Informationen müssen durch die zielgerichteten Feststellungen der therapeutischen Mitarbeiter wie zum Beispiel Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten ergänzt werden. Dies gilt sowohl für die Verhaltensbeobachtung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit als auch für Vorschläge zur Gestaltung behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Belastbarkeits- und des Beanspruchungsprofils aus berufskundlicher Sicht sind die Erfahrungen und Kenntnisse des Rehabilitationsberaters zu nutzen. Dies gilt insbesondere, wenn Leistungen zur weiteren beruflichen Qualifizierung, zum Beispiel als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, empfohlen werden sollen. Zur Optimierung der Rehabilitationsplanung steht dem Rehabilitationsberater der sozialmedizinisch versierte ärztliche Dienst der gesetzlichen Rentenversicherung beratend zur Seite.

Nur wenn die einrichtungsinterne Erstellung eines Anforderungs- und Leistungsprofils wegen der Besonderheit der Fragestellung oder wegen fehlender arbeitsmedizinischer, arbeitspsychologischer oder berufskundlicher Kompetenz nicht möglich ist, sind ergänzende diagnostische Maßnahmen erforderlich. Hierauf kann im Einzelfall auch zur Absicherung eines sozialmedizinischen Votums zurückgegriffen werden. In Frage kommen zum Beispiel

spezifische Module zur vertieften Beurteilung und Leistungen wie Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Neben diesen Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie Klärung der beruflichen Eignung (Arbeitserprobung oder Berufsfindung) in Betracht; sie sollen möglichst frühzeitig angeregt werden.

Die Belastungserprobung ist ein diagnostisches Instrument zur Bestandsaufnahme der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden in einem berufspraktischen Setting. Hierbei wird realitäts- und aufgabenorientiert die Leistungsfähigkeit in arbeitsbezogenen Anforderungssituationen eingeschätzt.

Durch die Einbindung wissenschaftlich abgesicherter Assessmentverfahren in die sozialmedizinische Diagnostik arbeits- und berufsbezogener Probleme lassen sich Aussagekraft, Transparenz und Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Beurteilung erhöhen. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass mit einer solchen primär diagnostischen Zielsetzung ein therapeutischer und motivationaler Ansatz verknüpft sein kann, der die Aufmerksamkeit des Rehabilitanden auf seine Kompetenzen lenkt. So kann beispielsweise die verhängnisvolle Spirale von Versagenserwartung und tatsächlichem Versagen durch ein ressourcen- und handlungsorientiertes Vorgehen unter Einschluss verhaltenstherapeutischer Interventionen unterbrochen werden.

Aus der Diagnostik und dem therapeutischen Verlauf kann ein individuelles Fähigkeitsprofil abgeleitet werden, das in Relation zu den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes und der letzten beruflichen Tätigkeit des Rehabilitanden gestellt werden kann.

Dabei können unter anderem folgende Gruppen von Rehabilitanden mit jeweils spezifischen Bedürfnissen bezüglich arbeitsbezogener Rehabilitationsstrategien unterschieden werden:

- Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen, der nicht gefährdet ist
- Rehabilitanden, die von einer Kündigung bedroht, in ihrem Arbeitsleben überfordert sind, häufig den Arbeitsplatz wechseln oder die trotz vorhandenen Arbeitsplatzes über keine Arbeitsidentifikation mehr verfügen
- Rehabilitanden mit erheblichen Ausbildungsdefiziten
- kurzzeitarbeitslose Rehabilitanden
- langzeitarbeitslose oder arbeitsentwöhnte Rehabilitanden oder Rehabilitanden, die als nicht bereit gelten, eine reguläre Erwerbstätigkeit aufzunehmen sowie
- Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung, die in die Arbeit zurückgeführt werden können.

5. Rehabilitationsmodule - indikationsorientiert und problembezogen

Die Festlegung der allgemeinen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation und die Entwicklung indikationsspezifischer Rehabilitationskonzepte erfolgt mit der Zielsetzung, die sozialmedizinische Aufgabe der Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der beruflichen Wiedereingliederung zu erfüllen. Die zugrunde liegenden Therapiekonzepte sind vielfältig beschrieben und Ausgangspunkt des integrativ-therapeutischen Handelns in den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Nicht die Behandlung von Menschen mit krankheits- und organbezogenen Defiziten prägt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sondern die Ressourcenorientierung im Hinblick auf die aktive Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Dazu gehören die Bearbeitung ungünstiger Auswirkungen risikoreicher Lebensführung, fehlender Krankheitsbewältigung und psychosozialer Belastungen ebenso wie die Thematisierung der

besonderen Probleme im Zusammenwirken mehrerer Erkrankungen unter Einbeziehung des persönlichen und beruflichen Umfeldes.

Hinsichtlich arbeitsbezogener gesundheitlicher Belastungsfaktoren der Rehabilitanden bedürfen nicht nur die diagnostischen Verfahren, sondern auch die therapeutischen Angebote ständiger Überprüfung und Aktualisierung. Grundlage des Handelns müssen die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mit seinen aktuellen Veränderungen sein.

Grundsätzlich ist für alle therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ein Bezug zur Arbeit beziehungsweise zum Erwerbsleben gefordert. Darüber hinaus sollten die das therapeutische Spektrum bestimmenden Leistungen - orientiert am Rehabilitationsbedarf im Einzelfall - spezifische Module integrieren, die arbeits- und problembezogenes Training enthalten. Beispielsweise können die therapeutischen Angebote aus der Physiotherapie, der erweiterten Ergotherapie, der medizinischen Trainingstherapie sowie der themenbezogenen Gruppenarbeit analog dem indikationsspezifischen Gesundheitstraining thematisch auf den Schwerpunkt "Arbeit und Beruf" ausgerichtet werden. Vorbilder für einen solchen Arbeitsbezug bestehen in den ursprünglich in verhaltenstherapeutischen Psychosomatik-Einrichtungen entwickelten indikativen Gruppen mit arbeitsweltbezogener Problematik, wie sie auch in die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) Eingang gefunden haben.

Beispiele für arbeitsbezogene Module und Rehabilitationsbausteine, die die Ausrichtung auf das Thema des Arbeitsbezuges nahe legen, sind:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz / Psychoedukative Gruppen
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers / der Arbeitsagentur sowie mit dem Rehabilitationsberater
- PC-Schulungskurse
- Bewerbungstraining bei Arbeitslosigkeit
- Arbeitstherapie
- Arbeitsplatzbesuch, Arbeitsplatzadaptation
- Ergotherapie
- Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie
- Belastungserprobung, Arbeitsplatztraining
- Entspannungstraining
- Gruppenarbeit / Teamwork
- Hilfsmittelberatung
- Sozialberatung
- Ausdauertraining.

Im Einzelnen sind typische Inhalte der arbeitsbezogenen Therapiemodule:

- Erfassung und Einschätzung der bisherigen Krankheits- und Behinderungsbewältigung
- Erwerb und Umsetzung von Angst- und Stressbewältigungsstrategien mit speziellem Bezug zur Arbeitswelt
- realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Erarbeitung einer der Leistungsfähigkeit entsprechenden beruflichen Perspektive
- Erprobung somatischer und psychischer Belastbarkeit sowie berufsrelevanter Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten
- Reflexion gesundheitlicher, beruflicher und privater Ziele und deren Verknüpfung
- behandlungsbegleitende praxisbezogene Tätigkeiten, um die Übertragung von Lösungsansätzen ins berufliche Umfeld zu erleichtern.

Zu den Möglichkeiten, die berufliche Reintegration zu unterstützen, gehören zum Beispiel die Angebote der Rehabilitationsnachsorge, die Teilnahme an einer ambulanten Selbsthilfe- oder Sportgruppe, die stufenweise Wiedereingliederung sowie im Einzelfall eine ambulante psychologische Betreuung. Die Wiedereingliederung beeinträchtigende Faktoren sind unter anderem höheres Alter, lange Dauer einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit sowie eine starke berufliche Belastung vor Eintritt der Erkrankung.

Auch Untersuchungen haben bestätigt, dass eine Verbesserung der beruflichen Reintegration möglich ist, wenn bereits während der medizinischen Rehabilitation auf eventuelle Probleme am Arbeitsplatz geachtet und die rehabilitative Strategie frühzeitig darauf ausgerichtet wird.

Die zielgerichtete Identifikation von Rehabilitanden mit spezifischer sozialmedizinischer Problematik und die Beschreibung des individuell gegebenen Handlungsbedarfes ist der unabdingbare erste Schritt in jeder Rehabilitationseinrichtung.

6. Rehabilitationsprozess - vernetzt und strukturiert

Ein zentraler Schlüssel für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess liegt in der Motivation und Motivierung des Rehabilitanden. Die individuell und unabhängig von der Erkrankung vorhandene Leistungsbereitschaft und die Motivation zur Arbeit werden durch vielfältige Faktoren determiniert und müssen sowohl bei der Rehabilitationsplanung als auch bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens berücksichtigt werden.

Bei Rehabilitanden sind allerdings primär beschwerdebezogene Sichtweisen weit verbreitet und Lösungs- sowie Bewältigungsstrategien hinsichtlich Arbeit und Beruf werden nicht selten ausgeklammert. Bei Antritt der medizinischen Rehabilitation neigen viele Rehabilitanden nach langen Krisen- und Krankheitszeiten zur Distanzierung von ihrem beruflichen und sozialen Kontext - zumindest auf Zeit. Ihre Erwartungen richten sich oft weniger auf die aktive Mitgestaltung ihres Therapieprogramms als auf Zuwendung und Entlastung. Somit bedarf die Förderung von Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Problemlösekompetenz für den sozialen Alltag und insbesondere für das Erwerbsleben eines besonderen therapeutischen Geschicks, um das übergeordnete Ziel einer bio-psycho-sozialen Stabilität zu erreichen.

Rechtzeitige und zielgerichtete Entscheidungen während des Rehabilitationsprozesses sind eine wesentliche Voraussetzung, damit der Rehabilitand seine Ressourcen in medizinischer, beruflicher und sozialer Hinsicht nachhaltig nutzen kann. Die kompetente Vorbereitung der sozialmedizinischen Beurteilung in der Rehabilitationseinrichtung setzt Fachwissen und Kenntnisse zu Medizin, Sozialrecht, Versorgungsstrukturen und Arbeitsmarkt voraus. Diese Informationen sind stets zu aktualisieren, durch kooperative Zusammenarbeit innerhalb des Rehabilitationsteams auszutauschen und zu verknüpfen. Sie bilden die Basis nicht nur der sozialmedizinischen Beurteilung, sondern auch der weiteren strategischen Vorgehensweise.

Das multiprofessionelle Rehabilitationsteam realisiert den fachbezogenen und disziplinübergreifenden Kontakt, der zur Verwirklichung des integrativ-umfassenden Behandlungs- und Entscheidungskonzeptes erforderlich ist. Die interne Kommunikation und Kooperation wird unter anderem umgesetzt durch:

- regelmäßige Teambesprechungen
- zusätzliche Fallbesprechungen, Indikations- und Bilanzierungskonferenzen
- Teilnahme aller an der Therapie Beteiligten an der Supervision
- einrichtungsbezogene Fort- und Weiterbildung
- internes Qualitätsmanagement.

In das Rehabilitationsteam ist der Rehabilitationsberater der gesetzlichen Rentenversicherung als aktiver berufskundlich erfahrener Partner einzubeziehen. Optimal ist die institutionalisierte Teamkonferenz unter Einschluss des Rehabilitationsberaters, die sowohl der kritischen Diskussion der erhobenen Befunde, der Bewertung unter verschiedenen Blickwinkeln sowie - nicht zuletzt - der gezielten internen Fortbildung dient. In den Gesamtprozess ist der Rehabilitand als aktiver Partner einbezogen.

Berufsbezogene Fragestellungen ergeben sich bei einer Diskrepanz zwischen Anforderungsprofil der Tätigkeit und Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden. Der Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil ist an die Kooperation aller an der Rehabilitation Beteiligten gebunden. Durch Einbeziehung von Assessmentverfahren in diesen Prozess wird die Transparenz bei der Beurteilung erhöht. Etablierte Kommunikationsstrukturen innerhalb des Teams der Rehabilitationseinrichtung, aber auch die Vernetzung mit anderen an der Rehabilitation beteiligten Personen oder Institutionen optimieren die Abläufe an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Unter den Therapeuten in der Rehabilitationseinrichtung führt der Arzt die allgemeine sowie indikationsspezifische Untersuchung durch und erhebt die Anamnese unter besonderer Berücksichtigung von Sozial-, Arbeits- und Berufsanamnese. Dabei ist dem Themenkomplex des subjektiven Krankheitsmodells und motivationaler Aspekte aus ärztlicher Sicht besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die Einschätzung wird durch die spezifischen Aussagen des Psychologen, zum Beispiel zu Persönlichkeitsstruktur, Befindlichkeit, Verhaltenscharakteristika, Leistungsbereitschaft und Motivation zur beruflichen Tätigkeit ergänzt. Sozialer Beziehungsrahmen und soziale Konflikte können zusätzlich vom Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen thematisiert werden, während Ergotherapeuten und Physiotherapeuten durch Verhaltensbeobachtung zur Beurteilung des Leistungsvermögens beitragen und behinderungsgerechte Arbeitsbedingungen ermitteln können. Damit sind nur die wichtigsten Aspekte, die die unterschiedlichen Berufsgruppen zur sozialmedizinischen Beurteilung während des Rehabilitationsprozesses beitragen, genannt. Schwerpunkt und Bedeutung der jeweiligen Beiträge können je nach Ausbildung der Beteiligten im Rehabilitationsteam beziehungsweise nach Art und Ausmaß der Fähigkeitsstörungen des Rehabilitanden unterschiedlich ausgeprägt sein.

Bei arbeitsbezogenen Fragestellungen, die über die aktuellen Rehabilitationsleistungen hinausweisen (zum Beispiel Klärung der beruflichen Eignung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), sollte noch während der medizinischen Rehabilitation der sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung aufgrund seiner arbeits- und sozialmedizinischen Kenntnisse eingeschaltet werden. Dieser wird im Einzelfall wichtige Entscheidungskriterien erläutern und das weitere Vorgehen auf der Grundlage der sozialmedizinischen Beurteilung vorbereiten helfen.

Das Einverständnis des Rehabilitanden vorausgesetzt, können Fragestellungen nach der Arbeitsplatzausstattung oder Modifikationsmöglichkeiten von Arbeitsabläufen durch Kontaktaufnahme mit dem Werks- oder Betriebsarzt beantwortet werden. Andere externe Verbindungen betreffen Einrichtungen der medizinisch-beruflichen („Phase-II-Einrichtungen“) oder der beruflichen Rehabilitation (zum Beispiel Berufsförderungswerke), wenn ohne deren Mitwirkung eine umfassende sozialmedizinische Beurteilung unter besonderer Berücksichtigung berufsbezogener Aspekte nicht möglich ist.

Der Vernetzung mit den folgenden externen Strukturen kommt im Sinne der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation besondere Bedeutung zu:

- Arbeitsverwaltung: Rehabilitationsberater, psychologischer Dienst, medizinischer Dienst, Berufsberater, Arbeitsvermittler

- gesetzliche Krankenversicherung: Wiedereingliederungsberatung, Case Manager
- Betriebe: Sozialberatung, Personalabteilungen, Vorgesetzte, Ausbilder, Anleiter
- Praktikumsvermittler
- ambulante Behandlungsstellen
- Beschäftigungsprojekte
- allgemeine soziale Dienste
- Schulen, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen und
- Angehörige.

7. Rehabilitationsdokumentation - vollständig und nachvollziehbar

Der Reha-Entlassungsbericht dient einer plausiblen Darstellung und kritischen Würdigung des gesamten Rehabilitationsprozesses auch unter dem besonderen Aspekt der beruflichen Integration. Zudem ist er das Instrument der Kooperation zwischen der Rehabilitationseinrichtung und den weiterbehandelnden Ärzten, dem Betriebsarzt (mit Einverständnis des Versicherten) und dem sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers.

Besondere Bedeutung kommt der zeitnahen Informationsübermittlung zu, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Deshalb ist darauf zu achten, dass der berufliche Werdegang, die Beschreibung des Arbeitsplatzes, der Erwerbsstatus, die Arbeitsunfähigkeitszeiten und die arbeitsbezogene Diagnostik und Therapie sowie Verlaufsaspekte vollständig dokumentiert werden. Die Ergebnisse von Screening- oder Assessmentverfahren sind ebenfalls zu beschreiben. Das Gleiche gilt für die Ergebnisse der Teamkonferenz, für Empfehlungen des Rehabilitationsberaters oder gegebenenfalls durchgeführte Belastungserprobungen und Arbeitstherapien. Berufsbezogene therapeutische Leistungen werden mit Hilfe der KTL einheitlich dokumentiert. Auf diesen Informationen beruhen Begründung und Nachvollziehbarkeit von Anforderungs- und Leistungsprofil, die qualitative und quantitative Beurteilung der Leistungsfähigkeit und mögliche Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der sozialmedizinischen Stellungnahme.

Trotz gesundheitlicher Einschränkungen können Rehabilitanden im Rahmen der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe spezifische Kompetenzen erwerben, die sie für ihre Tätigkeit für den Arbeitgeber beziehungsweise den Arbeitsmarkt besonders qualifizieren. Diese zusätzlichen persönlichen und sozialen Kompetenzen (zum Beispiel Problemlösungsstrategien) ergänzen das vorhandene fachliche Wissen und sollten im Reha-Entlassungsbericht ausdrücklich dokumentiert werden. Ergebnisse von Befunden und Empfehlungen sind selbstverständlich während des Rehabilitationsprozesses mit dem Rehabilitanden zu erörtern.

Der Verweis auf externe, nur wenig oder gar nicht beeinflussbare ungünstige Bedingungen hinsichtlich einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben - wie betriebliche Restriktionen oder verschlossener Arbeitsmarkt - sollte im Entlassungsbericht nur dann erfolgen, wenn die entsprechenden Institutionen - hier: Werksarzt beziehungsweise Arbeitgeber oder Agentur für Arbeit - in den Entscheidungsprozess tatsächlich einbezogen waren.

8. Qualitätssicherung der Rehabilitation

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung basiert auf der gesetzlichen Grundlage des § 20 SGB IX. Vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit wissenschaftlich erprobten Instrumenten und Verfahren dienen der Anpassung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation an stetig wachsende

Anforderungen. Die einzelnen Bestandteile der Qualitätssicherung beziehen verschiedene Ansätze zur Operationalisierung beziehungsweise Dokumentation arbeitsbezogener Problembereiche ein. Die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung werden den Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig einrichtungsbezogen mitgeteilt („Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“) und tragen so zur Qualitätsverbesserung der Rehabilitation der Rentenversicherung bei. Die Berichterstattung enthält einrichtungsbezogene Daten aus den Bereichen:

- Strukturqualität
- Peer Review-Verfahren
- Rehabilitandenbefragung
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Leitlinien für die medizinische Rehabilitation
- sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation
- Rehabilitandenstruktur
- Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

Erst das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung: Das interne Qualitätsmanagement, zu dem die Leistungserbringer nach § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet sind, bildet die Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in den Rehabilitationseinrichtungen.

Strukturqualität

Ziel der Strukturhebung ist die Abbildung der personellen, technischen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen sowie prozessnaher Strukturmerkmale in den Rehabilitationseinrichtungen. Indikationsübergreifend wird unter den Strukturmerkmalen abgefragt, welche arbeitsbezogenen therapeutischen Leistungen in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden.

Peer Review-Verfahren

Mit dem Peer Review-Verfahren wird die Prozessqualität der Rehabilitation erfasst. Dazu werden von erfahrenen Rehabilitationsmedizinern des jeweiligen Fachgebietes (Peers) die anonymisierten Reha-Entlassungsberichte sowie die individuellen Therapiepläne von zufällig ausgewählten Rehabilitanden anhand bestimmter Kriterien („Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale“) begutachtet. Auch eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses wird vorgenommen. Die Gutachter werden in mehrtägigen Schulungen auf ihre gutachterliche Tätigkeit vorbereitet und ein Manual unterstützt sie bei der Anwendung vergleichbarer Bewertungsmaßstäbe.

Hinsichtlich der Integration arbeitsbezogener Module in die Rehabilitation ergaben die Resultate der letzten Auswertung 2005/2006 zum Peer Review häufigere Beanstandungen der Darstellung der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Teilhabe am Arbeitsleben oder der Wiedergabe der subjektiven Einschränkungen des Rehabilitanden im Beruf. Obwohl ein Vergleich zur Vorerhebung 2003/2004 hinsichtlich dieser Merkmale eine deutliche Verbesserung der Beurteilungen erkennen lässt, wurden auch in der jüngsten Erhebung 2005/2006 weiterhin bei etwa einem Viertel der Fälle substantielle Mängel erhoben.

Rehabilitandenbefragung

Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und dem Erfolg der Rehabilitation geben den Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre Einschätzung zu verschiedenen Aspekten ihrer Rehabilitation zu äußern und sich damit an der Qualitätssicherung zu beteiligen. Es ist bekannt, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit entscheidende Faktoren der Motivation und der Prognose hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach einer Rehabilitation sind.

Aktuelle Rehabilitandenbefragungen zeigen, dass Fragen des Erwerbsbezugs in vielen Fällen in nachvollziehbarem Umfang in der Rehabilitation behandelt wurden. Allerdings benötigt nicht jeder Rehabilitand das ganze Spektrum arbeitsbezogener Leistungen. So bekundeten 8 % der Befragten nach orthopädischer Rehabilitation, dass sie während der Rehabilitation an einer Arbeitstherapie oder Belastungserprobung teilgenommen haben. Auch die Ergebnisse hinsichtlich eines durchgeführten Gesprächs mit dem Rehabilitationsberater über die berufliche Zukunft und das Einleiten von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation nach der Rehabilitation wurden gemäß der Rehabilitandenbefragung in nachvollziehbarem Umfang durchgeführt.

Verbesserungspotenzial wird hinsichtlich der Frage gesehen, ob über die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit während der Rehabilitation überhaupt gesprochen wurde. Nur knapp die Hälfte der Rehabilitanden gab an, dass die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit thematisiert wurde. Auch bei diesem Punkt zeigen Einzelanalysen der orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen ein breites Spektrum mit Schwankungen zwischen rund 20 % und 80 % der Rehabilitanden.

Dokumentation therapeutischer Leistungen

Art und Umfang von Rehabilitationsleistungen werden mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert. Sie wird seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Rehabilitationseinrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren. Die KTL gilt sowohl für die stationäre wie auch für die ambulante medizinische Rehabilitation. Anhand des bisherigen Rückmeldekonzpts zur Dokumentation therapeutischer Leistungen kann die Häufigkeit von dokumentierten Leistungen pro Rehabilitand und Behandlungswoche festgestellt und das Leistungsprofil jeder Rehabilitationseinrichtung beurteilt werden.

Auch berufsbezogene therapeutische Leistungen sind in der KTL enthalten, beispielsweise „Beratung zur beruflichen Rehabilitation“ und „Sozialrechtliche Beratung zu Rentenfragen“. Bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen durch verschiedene Gruppen von Rehabilitanden zeigen sich erhebliche Unterschiede: So werden Beratungen zur beruflichen Situation und zu möglichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Durchschnitt bei jedem zehnten Rehabilitanden durchgeführt. Betrachtet man allerdings spezielle Gruppen, wie arbeitslose Rehabilitanden oder Rehabilitanden mit psychischen und Abhängigkeitserkrankungen, so steigt dieser Anteil auf knapp 40 %.

Bei den erheblichen einrichtungsbezogenen Unterschieden der dokumentierten Leistungen ist nicht auszuschließen, dass auch spezielle Dokumentationsgewohnheiten eine Rolle spielen. In der vollständig überarbeiteten 5. Auflage der KTL (2007) werden erstmals berufsbezogene Aspekte gesondert zusammengestellt. Die arbeitsbezogenen Leistungen aus verschiedenen

Kapiteln der KTL werden zusammenfassend aufgelistet („Verweisliste: Arbeitsbezogene Leistungen“).

Leitlinien für die medizinische Rehabilitation

Leitlinien leisten als Bestandteil der Qualitätssicherung einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen. Die Rentenversicherung entwickelt in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten Leitlinien für die medizinische Rehabilitation. Den Rehabilitationseinrichtungen werden die Auswertungen zur leitliniengerechten Versorgung regelmäßig zur Verfügung gestellt. Das Reha-Leitlinienprogramm der Rentenversicherung beschränkt sich exemplarisch auf sozialmedizinisch bedeutsame einzelne Krankheitsbilder aus wichtigen Indikationsgebieten. In den Leitlinien werden arbeitsbezogene Strategien in Form von speziellen evidenzbasierten Modulen mit entsprechenden KTL-Ziffern sowie Angaben zur Häufigkeit und zum zeitlichen Umfang beschrieben.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Als weiterer Indikator für Effizienz und Effektivität der Rehabilitation dienen Reha-Verlaufs-Statistiken, die von der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Basis ihres Datenbestandes erstellt werden, um den sozialmedizinischen Verlauf (Erwerbsstatus nach Rehabilitation) nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nachvollziehen zu können. In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen zur sozialmedizinischen Langzeitprognose zu sehen, für die neben krankheitsbezogenen auch soziodemografische Parameter herangezogen werden, um die langfristig erfolgreiche Eingliederung ins Erwerbsleben zu überprüfen.

Rehabilitandenstruktur

Die aktuelle Berichterstattung an die Rehabilitationseinrichtungen mit einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen aus den Themenbereichen Rehabilitandenbefragung, KTL und Peer Review-Verfahren wird durch spezifische Erhebungen der Rentenversicherungsträger zur Rehabilitandenstruktur ergänzt.

Qualitätssicherung in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen

Eine Reihe der eben vorgestellten Instrumente und Verfahren gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation. Bezüglich Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Rehabilitanden werden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Rehabilitationsformen festgestellt. Das zeigten sowohl Befragungsergebnisse als auch die Ergebnisse aus dem Pilotprojekt zur Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation.

Unbefriedigend fällt dagegen die Einschätzung der gewünschten Einbeziehung des sozialen und beruflichen Kontextes bei der ambulanten Rehabilitation aus. Hier wird ein durchaus verfügbares und wichtiges Potenzial der Wohnort- und Arbeitsplatznähe noch nicht angemessen ausgeschöpft. Mögliche Gründe sind unzureichende Ressourcen der Rehabilitationseinrichtungen und eingeschränkte Akzeptanz bei den Rehabilitanden.

Mittelfristig wird die ambulante Rehabilitation durch die entsprechende Adaptation der Instrumente und Verfahren an die Leistungsform vollständig in die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung einbezogen. Inzwischen wird auch in der ambulanten Rehabilitation ein

Peer Review-Verfahren für die Indikationen muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologie durchgeführt.

Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Mit der wissenschaftlich begleiteten Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für die Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde 2003 in der gesetzlichen Rentenversicherung begonnen. Gegenwärtig konzentrieren sich die Qualitätssicherungsaktivitäten auf den Bereich der beruflichen Bildungsleistungen. Die Befragung der Teilnehmer von beruflichen Bildungsmaßnahmen (Qualifizierung, Weiterbildung, Integrationsmaßnahme) erfolgt mit dem sogenannten Berliner Fragebogen. Befragt werden alle Versicherten, die eine berufliche Bildungsmaßnahme beendet haben, ohne Rücksicht auf das Ergebnis oder die Art der Beendigung der Leistungen.

Der Fragebogen erhebt Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Bildungsmaßnahmen aus der Perspektive der Teilnehmer. Inhaltlich gliedert sich das Instrument in folgende Themenblöcke: Grund der Leistung, Vorgeschichte und Antragstellung, Art der Leistung und Bildungseinrichtung, Rahmenbedingungen und Ablauf der Maßnahme einschließlich ihrer Bewertung, Abschlussergebnis und andere Resultate der Leistung, Ergebnis der Wiedereingliederung sowie soziodemografische Merkmale.

Eine erste Auswertung ergab, dass über 90 % der Rehabilitanden die Bildungsleistung erfolgreich abschließen. Sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung ist knapp die Hälfte der Antwortenden berufstätig oder im Anschluss an die Rehabilitationsleistung schon einmal berufstätig gewesen. Von ihnen bewerten mehr als 80 % die Qualifizierung als notwendige Voraussetzung oder wichtige Hilfe für die Tätigkeit. 60 % arbeiten entsprechend der neuen Qualifikation.

Die Unterstützung bei der Wiedereingliederung am Ende der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird dagegen insgesamt als eher unbefriedigend erlebt. So konnten etwa zwei Drittel keine Betreuung bei der beruflichen Wiedereingliederung nach der Leistung durch die Bildungseinrichtung erkennen. Dennoch sind alles in allem relativ viele Teilnehmer mit der Wahl des Ausbildungsziels, der Rentenversicherung, der Bildungseinrichtung und dem Abschlussergebnis zufrieden.

9. Anhang (Übersichten zu Diagnostik, Therapie und Beratung; Literatur)

Im Anhang werden beispielhaft Aspekte von Diagnostik, Therapie und Beratung in Übersichten zusammengefasst.

Diagnostik I

Arzt	Diplom-Psychologe	Sozialarbeiter / -pädagoge	Ergo-therapeut	Physio-therapeut	Rehabilitations-berater
Sozialanamnese	Emotionalität	Klärung der sozialen Situation einschließlich des Beziehungsrahmens	Ergänzung der Arbeitsanamnese	Ergänzung der Arbeitsanamnese	Ermitteln des beruflichen Werdeganges
Beruflicher Werdegang und Krankheitsverlauf	Selbstwahrnehmung	Ermitteln der individuellen Normen und Wertvorstellungen in Bezug zur Erwerbstätigkeit	Ermitteln allgemeiner individueller Stärken und Beeinträchtigungen	Ermitteln allgemeiner individueller Stärken und Beeinträchtigungen	Ermitteln der Bezugstätigkeit
Arbeitsplatzbeschreibung	Auslöser und Auswirkung der Erkrankung	Konfliktklärung in sozialer Hinsicht (finanzielle Situation, sozialer Rückzug)	Ermitteln behinderungsgerechter Arbeitsbedingungen	Verhaltensbeobachtung im Rahmen von Assessments	Abgleich des Belastbarkeits- / Beanspruchungsprofils
Belastbarkeit / Beanspruchung	Motivation zur beruflichen Tätigkeit	Empfehlung von ergänzenden Assessments	Verhaltensbeobachtung im Rahmen von Assessments	Empfehlung von ergänzenden Assessments	Feststellung branchenüblicher Belastungsmerkmale
Auslöser und Auswirkung der Erkrankung	Verhaltensbeobachtung im Rahmen von Assessments				Empfehlung von ergänzenden Assessments
Krankheitsmodell	Psychophysiologische und konzentrierte Leistungsfähigkeit (gegebenenfalls Testdiagnostik)				
Motivation	Intellektuelle Befähigung (gegebenenfalls Testdiagnostik)				
Behandlungsindikation Psychotherapie/ Klinische Psychologie	Persönlichkeitsdiagnostik (gegebenenfalls Testdiagnostik)				
Screening-Fragebogen zur subjektiven Einschätzung des gesundheitlichen Zustands (SF 36, SF 12, IRES, SCL 90)	Psychologische Eignungsdiagnostik (gegebenenfalls Testdiagnostik)				
Empfehlung von ergänzenden Assessments	Empfehlung von ergänzenden Assessments				

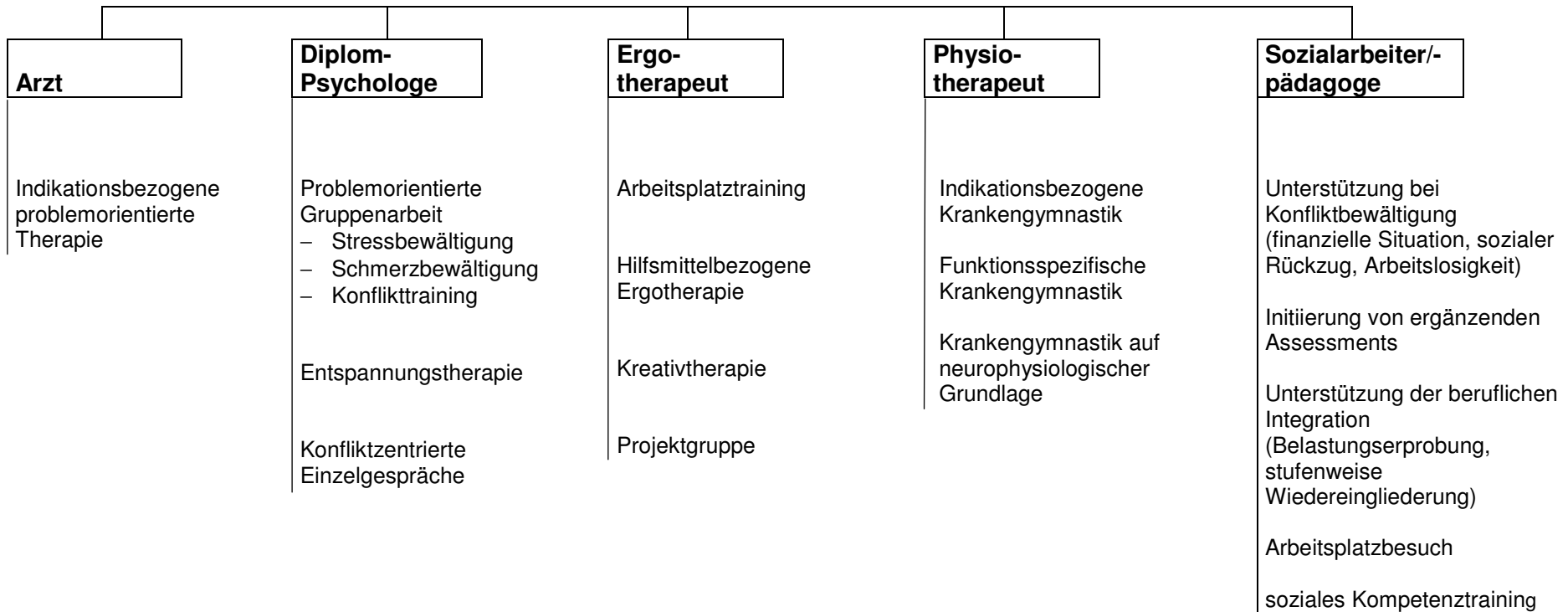
Diagnostik II: Ergänzendes Assessment

- Fachgebiete / Berufsgruppen:
 - Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologe zur vertieften psychologischen Eignungsdiagnostik
 - Berufspädagoge bei problematischer Lernfähigkeit / Lern- und Leistungsmotivation oder bei Störung des Sozialverhaltens
 - Arbeits- / Betriebsmediziner zur vertieften Beurteilung des Belastbarkeits- / Beanspruchungsprofils

- Verfahren: zum Beispiel
 - AVEM
 - IMBA
 - Ergos[®]-Arbeitssimulationsgerät
 - EFL nach S. Isernhagen
 - Belastungserprobung

AVEM: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster
IMBA: Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt
EFL: Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit

Therapie und Beratung



Literatur:

Abschlußbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des VDR. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften Bd. 7, Februar 1997

Baumgarten, E.; Klosterhuis, H.: Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, 2007, 54(5): 152 - 154

Beckmann, U.; Mitschele, A.; Naumann, B.; Klosterhuis, H.: Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation. Sucht aktuell, 2006, 13(2): 21 - 27

Deck, R.; Glaser-Möller, N. (Hg.): Berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland. Jacobs-Verlag, Lage 2006

Beutel, M. E.; Zwerenz, R.; Kayser, E.; Schattenburg, L.; Knickenberg, R. J.: Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2004, 33 (2): 110 - 119

Bitzer, E. M.; Brüggemann, S.; Klosterhuis, H.; Dörning, H.: Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Die Rehabilitation, 2006, 45(4): 203 - 212

Bitzer, E. M.; Dörning, H.; Beckmann, U.; Somhammer, B.; Zander, J.; Klosterhuis, H.: Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung - Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, 2006, 53(09/10): 398 - 406

Brüggemann, S.; Klosterhuis, H.: Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, 2005, 52(10/11): 467 - 475

Budde, H.-G.; Keck, M.: Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. Rehabilitation 2001, 40: 208 - 216

Bürger, W.; Dietsche, S.; Morfeld, M.; Koch, U.: Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation - Ergebnisse und prognostische Relevanz. Rehabilitation 2001, 40: 217 - 225

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen - vom 08. September 2005. www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation - vom 08. September 2005. www.bar-frankfurt.de

Deutsche Rentenversicherung: Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation - Ausgabe 2007. www.deutsche-rentenversicherung.de

Dorenburg, U.; Jäckel, W. H.; Korsukéwitz, C.: Qualitätssicherung und Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation - Standortbestimmung und Perspektiven. DRV-Schriften, 2004, Bd. 59: 273 – 286, www.deutsche-rentenversicherung.de

Egner, U.; Gerwin, H.; Buschmann-Steinhage, R.: Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 2006, 45(4): 221 - 231

Egner, U.; Gerwin, H.; Schliehe, F.: Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung - Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 2002, 96: 4 - 9

Enenkel, T.; Püttmann, J.: Berufliche Reintegration von Rückenproblempatienten nach ambulant/teilstationärer Rehabilitationsmaßnahme. Orthopädische Praxis 2001, 37: 213 - 218

Eshoj, P.; Tarp, U.; Nielsen, C. V.: Effect of early vocational intervention in a rheumatological outpatient clinic - a randomized study. International Journal of Rehabilitation Research 2001, 24: 291 - 297

Gerdes, N.; Weidemann, H.; Jäckel, W. H.: Die Protos-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz. Steinkopff Verlag Darmstadt 2000

Gesundheitstraining in der Medizinischen Rehabilitation – Indikationsbezogene Curricula. Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Gesundheitstraining aus dem Arbeitskreis der Leitenden Ärzte der Klinikgruppe BfA, hausinterner Druck in 2 DIN-A-4-Ordern, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Hillert, A.; Staedtke, D.; Cuntz, U.: Bei welchen psychosomatischen Patienten sind berufsbezogene Therapiebausteine indiziert? Therapeutenentscheidung und operationalisierte Zuweisungskriterien im Vergleich. Rehabilitation 2001, 40: 200 - 207

Hillert, A.; Staedtke, D.; Cuntz, U.: Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation: Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2002, 58: 94 - 100

ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hg. der deutschen Übersetzung: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2006

Irle, H.: Arbeits- und berufsbezogene Rehabilitation. In: Gutenbrunner, C; Glaesener, J.-J.: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Springer Verlag, Heidelberg 2006

Irle, H.; Somhammer, B.; Klosterhuis, H.: Arbeitsbezug als Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Spiegel der KTL. DRV-Schriften, 2005, Bd. 59: 251 - 253, www.deutsche-rentenversicherung.de

Klosterhuis, H.; Grünbeck, P.: Verbessern die Reha-Leitlinien die Versorgung von kardiologischen Rehabilitanden? DRV-Schriften, 2006, Bd. 64: 201 - 202, www.deutsche-rentenversicherung.de

Klosterhuis, H.; Lindow, B.: Evaluation der medizinisch-beruflichen Rehabilitation - Unterstützung durch Routinedaten? In: Schönle, P. W. (Hg.): Medizinisch-berufliche Rehabilitation - MBR, 2007 (im Druck)

Klosterhuis, H.: Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen 2005, 99 (1): 41 - 46

Klosterhuis, H.; Zander, J.: Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? - Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T.; Karoff, M. (Hg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments - Interventionen - Ergebnisse, Pabst Science Publishers, Lengerich 2006: 293 - 305

Korsukéwitz, Ch.; Rehfeld, U.: Medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung - aktueller Stand und Perspektiven. RVaktuell, 2006, 53(11): 449 - 460

Leitlinien für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Hg.: Deutsche Rentenversicherung, Oktober 2006, www.deutsche-rentenversicherung.de

Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hg.: Deutsche Rentenversicherung Bund, Oktober 2005, www.deutsche-rentenversicherung.de

Lindow, B.; Klosterhuis, H.; Naumann, B.: Ambulante Rehabilitation - ein Versorgungsbereich profiliert sich. RVaktuell, 2007, 54(7/8) (im Druck)

Lindow, B.; Zander, J.; Klosterhuis, H.: Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben - aktuelle Auswertungen von KTL-Daten zur Suchtrehabilitation der Rentenversicherung. In: Henkel, D.; Zemlin, J. U. (Hg.): Arbeitslosigkeit und Sucht, 2007 (im Druck)

MBO-Studie. Ergebnisbericht der MBO-Studie, Klinik Bavaria, Freyung. Projektleitung: W. Müller-Fahrnow, T. Hansmeier. Projektbearbeitung: E. Mnich, C. Möllmann, A. Muraitis, M. Streibelt. Klinik Bavaria, Charité, Mai 2004

Neuderth, S.; Vogel, H.: Tagungsbericht zur Fachtagung zum Thema „Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation“ am 25./26.1.2000 in Würzburg. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2000, 51: 72 - 74

Nischan, P.; Klosterhuis, H.; Bürger, W.: Die Qualität der Versorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation - Ergebnisse einer Patientenbefragung. DAngVers, 2003, 50(10): 486 - 492

PORTAL. PartizipationsOrientierte Rehabilitation zur Teilhabe am ArbeitsLeben. Ergebnisse einer bundesweiten Versorgungssystemanalyse für den von der Gesetzlichen Rentenversicherung verantworteten Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Hg.: F. M. Radoschewski, W. Müller-Fahrnow, N. Thode, I. Tesmer. Charité – Universitätsmedizin Berlin/Campus Mitte, Juni 2006

Poser, U.; Schönle, P. W.; Schaller, J.: Berufliche Reintegration in der neurologischen Rehabilitation - Neurokognitive Faktoren und Prognose. Mitarbeit von J. Kohler, A. Strätz, Chr. Müller. Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2001

Projektgruppe Suchtbehandlung beim VDR: Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Deutsche Rentenversicherung, Heft 10-11/2005: 577 - 598

Rehabilitation und Arbeitswelt. Herausforderungen und Strategien. Tagungsband vom 15. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. DRV-Schriften Band 64. Hg.: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2006

Siegrist, J.: Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Fischer Verlag, München - Jena 2003: 139 - 151

Siegrist, J.; Möller-Leimkühler, A. M.: Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F. W. et al. (Hg.): Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Fischer Verlag, München - Jena 2003: 125 - 138

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

Zander, J.; Lindow, B.; Klosterhuis, H.: Arbeitsbezogene Leistungen in der Sucht-Rehabilitation - eine Analyse von dokumentierten therapeutischen Leistungen. DRV-Schriften, 2007, Band 72: 247 - 249