

Berufliche Orientierung in der medizinischen neurologischen Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 269–274
© Hippocampus Verlag 2012

R. Buschmann-Steinhage

Zusammenfassung

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung zielt auf Erhalt bzw. Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Das bedingt eine ausgeprägt berufliche Orientierung von Diagnostik und Therapie in der Rehabilitation. In einem Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) beschreibt die Rentenversicherung, in welcher Form die berufliche Orientierung durch die Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt werden soll. Steuerung und Durchführung der Rehabilitation für Versicherte mit besonderen beruflichen Problemlagen wurden unter wissenschaftlicher Begleitung modellhaft erprobt, um eine bessere Grundlage für die flächendeckende Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation zu schaffen.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Schlüsselwörter: MBOR, Rehabilitation, Rentenversicherung, berufliche Orientierung, Neurologie

Einleitung

Die Rehabilitation der Rentenversicherung ist auf Arbeit und Beruf ausgerichtet. Das gilt auch für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ihr Ziel besteht darin, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern (§ 9 SGB VI). Rehabilitation soll eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abwenden, die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wesentlich verbessern, wiederherstellen oder zumindest eine Verschlechterung abwenden (vgl. § 10 SGB VI).

Lange Zeit dachte man, dass man dieses Ziel mit klassisch-medizinischen Mitteln erreichen könne, dass es ausreiche, den Gesundheitszustand zu bessern. Die berufliche Wiedereingliederung ergebe sich dann quasi von selbst. Inzwischen wissen wir, dass bei vielen Versicherten die Arbeit an deren Gesundheit allein nicht ausreicht, um das Reha-Ziel zu erreichen. Unter anderem aufgrund des zunehmend differenzierten, oft anspruchsvollen und sich rasch ändernden Arbeitsmarkts ist eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation allein heute kein Garant mehr für die (Re-)Integration in das Erwerbsleben. Die Einbeziehung arbeitsweltlicher, beruflicher und motivationaler Probleme in die Phase der medizinischen Rehabilitation wird für den beruflichen Eingliederungserhalt bzw. Wiedereinstieg in den Beruf immer bedeutsamer.

In der Praxis werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überwiegend zeitlich getrennt und konzeptionell weitgehend unabhängig voneinander erbracht. Die Vielfalt spezialisierter medizinischer und beruflicher Rehabilitationsangebote unterstützt diese Abfolge institutionell und programmatisch. Erfolgreiche (Re-)Integration erfordert nicht nur passgenaue Leistungen, sondern auch eine zügige Durchführung. Der frühzeitigen Erkennung, Diagnostik und ggf. Bearbeitung berufsbezogener Fragen bereits während der Phase der medizinischen Rehabilitation kommt daher eine immer größere Bedeutung zu.

Obwohl in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung schon lange eine Reihe diagnostischer sowie therapeutischer Elemente und Leistungen angeboten wurden, die berufsorientiert angelegt waren und auch die Anregung und Steuerung weitergehender Maßnahmen ermöglichen, bestand Handlungsbedarf in konzeptioneller Hinsicht.

Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation – Ausgangssituation

Die Rentenversicherungsträger prüfen, soweit erforderlich, bereits während der Antragsbearbeitung den möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In den Rehabilitationseinrichtungen sind insbesondere Ärzte, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter,

Vocational orientation in neurological rehabilitation: the view of the German pension insurance

R. Buschmann-Steinhage

Abstract

The German Pension Insurance's medical rehabilitation aims to maintain or restore the ability to work. In order to reach this goal rehabilitative diagnostics and therapy need to focus intensively on occupational aspects. In a profile of requirements for work-related medical rehabilitation (MBOR) the Pension Insurance describes, how rehabilitation centres should address this occupational orientation. The steering and execution of rehabilitation for persons with pronounced work-related problems was piloted in order to develop an improved basis for a nation-wide implementation of work-related medical rehabilitation.

Key words: rehabilitation, vocational orientation, neurology

Neurol Rehabil 2012; 18 (5): 269 – 274

© Hippocampus Verlag 2012

Psychologen und bei Bedarf weitere Berufsgruppen mit berufsbezogenen Problemen der Rehabilitanden befasst. Sie können, je nach Schwerpunktsetzung der Reha-Einrichtung, ein Spektrum berufsorientierter diagnostischer und therapeutischer Leistungen erbringen sowie die Prüfung weitergehender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anregen.

Unabhängig von den klassisch zur Verfügung stehenden berufsbezogenen Verfahren und Instrumenten in der medizinischen Rehabilitation stellten verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen fest, dass eine Differenz zwischen dem Bedarf an berufsbezogenen Leistungen und dem qualitativen und quantitativen Angebot besteht. Einerseits gibt es eine erhebliche Anzahl von Rehabilitanden, bei denen eine besondere berufliche Problemlage besteht (rund ein Drittel). In den Indikationen Neurologie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen liegt der Anteil teilweise noch höher. Analysen zu den KTL-Leistungen in den Entlassungsberichten ergaben, dass Rehabilitanden, die eine besondere berufliche Problemlage aufwiesen, entsprechende Beratungsleistungen zwar häufiger erhielten als andere Rehabilitanden. Jedoch erhielten bei Weitem nicht alle Rehabilitanden mit einer besonderen beruflichen Problemlage eine geeignete Beratungsleistung. Anzahl und Intensität berufsbezogener diagnostischer und therapeutischer Leistungen entsprechen noch nicht dem aktuellen Bedarf.

Konzept einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und eine Reihe von Regionalträgern und Wissenschaftlern entwickelten verschiedene Ansätze, die als Grundlage für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation genutzt wurden. Im Kern geht es darum, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation stärker als bisher auf die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Berufs- und Arbeitsrealität auszurichten und die vorwiegend krankheitsbezogene Sichtweise durch die durchgängige Einbeziehung der beruflichen Situation in Diagnostik und Therapie zu ergänzen. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zeichnet sich

durch die spezifische berufliche Zielorientierung des therapeutischen Handelns aus, die in Aufnahmegesprächen, sozialmedizinisch und berufsorientierten Teambesprechungen und Entlassungsgesprächen sowie im therapeutischen Handeln insgesamt zum Ausdruck kommt [8]. Bestandteil einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ist auch die enge Zusammenarbeit zwischen der Rehabilitationseinrichtung auf der einen Seite und den Betrieben, Betriebsärzten/arbeitsmedizinischen Diensten auf der anderen Seite.

Zur Konkretisierung des Konzepts MBOR entwickelte eine Projektgruppe ein gemeinsames Anforderungsprofil der Rentenversicherung zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [6]. Dieses MBOR-Konzept beschreibt Anforderungen an Einrichtungen, die Rehabilitanden mit sogenannten besonderen beruflichen Problemlagen betreuen. Darin sind auch die Erfahrungen eingegangen, die verschiedene Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtungen in den vergangenen Jahren mit verschiedenen Modellen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gesammelt haben [7, 14]. Ziel ist, berufliche Aspekte stärker in alle Phasen der Rehabilitation einzubeziehen und sich nicht auf die Addition von Einzelleistungen zu beschränken.

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung bietet grundsätzlich diagnostische sowie therapeutische Elemente und Leistungen an, die berufsorientiert angelegt sind und sowohl eine Grundversorgung bieten als auch auf darüber hinausgehenden Bedarf ausgerichtet sind. Eine verstärkte, bedarfsgerechte Ausrichtung der Rehabilitation auf besondere berufliche Problemlagen kann umgesetzt werden durch:

- die gezieltere Nutzung und Verknüpfung der bisherigen Angebote,
- eine geeignete Veränderung vorhandener Therapieangebote im Sinne von Umwandlung und Substitution und/oder
- die Einführung neuer Maßnahmen und Interventionen in Diagnostik und Therapie.

Verschiedene Studien, z. B. [2, 9], haben gezeigt, dass bei Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen eine stärkere berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation den Erfolg der Rehabilitation verstärkt. Dementsprechend hat die Deutsche Rentenversicherung berufsorientierte Elemente der Rehabilitation in die Evidenzbasierten Therapiemodule der Reha-Therapiestandards aufgenommen, auch in die Reha-Therapiestandards Schlaganfall (siehe [3] und weitere Beiträge in Heft 3/2011 dieser Zeitschrift).

Besondere berufliche Problemlagen

Zielgruppe der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation, die über die voraussetzende erhebliche Gefährdung der Erwerbsfä-

higkeit (als persönliche Voraussetzung nach § 10 SGB VI) eine besondere berufliche Problemlage aufweisen.

Zur Beschreibung und Erkennung dieser besonderen beruflichen Problemlage gibt es subjektive und objektive Kriterien, die – eher grob – über ein Screening und – differenzierter – über ein geeignetes Assessment erfasst werden können.

Objektive Kriterien für eine besondere berufliche Problemlage bestehen z. B. in problematischen sozialmedizinischen Verläufen, die gekennzeichnet sind durch längere Zeiten von Arbeitslosigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit. Auch ein vor der Rehabilitation gestellter Rentenantrag wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stellt ein solches Kriterium dar.

Zu den subjektiven Kriterien gehört vor allem eine negative subjektive Erwerbsprognose, also die Einschätzung des/der Versicherten, dass er/sie in absehbarer Zeit den beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen sein wird. Dieses Kriterium kann z. B. über die nur aus drei Items bestehende SPE-Skala erfasst werden [13].

Direkt auf die Erfassung besonderer beruflicher Problemlagen in einem Screening ausgerichtet sind drei Fragebögen, von denen zwei (Würzburger Screening und SIBAR) aus Umsetzungsprojekten des Förderschwerpunkts »Rehabilitationswissenschaften« entstanden:

1. SIBAR [4]
2. Würzburger Screening [10, 12]
3. SIMBO-C [18]

Während ein Screening nur eine relativ grobe Einschätzung der beruflichen Problemlage erlaubt, dienen Assessmentverfahren der genaueren und differenzierten Erfassung von positivem und negativem Leistungsbild und von anderen Sachverhalten, die zur je individuellen Problemlage gehören. Ein Screening-Fragebogen könnte bereits Teil des Reha-Antrags sein und sein Ergebnis damit in die Auswahl der am ehesten geeigneten Reha-Einrichtung eingehen. Das Assessment ist erst in der Rehabilitation selbst möglich und dient dann auch der konkreten Planung des therapeutischen Vorgehens.

Wenn man objektive und subjektive Kriterien für besondere berufliche Problemlagen der Einschätzung von MBOR-Bedarf zugrunde legt, kommt man zu einem eigentlichen MBOR-Bedarf bei rund einem Drittel der Betroffenen, in der Neurologie bei knapp der Hälfte der Rehabilitanden [15].

Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation legen inzwischen die Vermutung nahe, dass man zwei Gruppen von besonderen beruflichen Problemlagen unterscheiden kann. Einmal solche, in denen Gründe für die besonderen beruflichen Probleme mehr oder weniger unmittelbar auf die Erkrankung und ihre Folgen, seien sie psychomental oder körperlich, zurückgehen. Zum anderen solche, die vor allem mit der Art und Weise zusammenhängen, mit der die Betroffenen die Krankheit und ihre Auswirkungen psychisch verarbeiten. Natürlich können Gründe aus beiden Feldern auch zusammentreffen. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

muss die verschiedenen Arten und Bestandteile besonderer beruflicher Problemlagen und ihre Bedeutung im Einzelfall sowohl erkennen als auch angemessen bearbeiten.

MBOR-Anforderungsprofil

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher beruflicher Problemlagen sieht das Anforderungsprofil (siehe auch [19]) ein abgestuftes Angebotsspektrum vor und unterscheidet folgende MBOR-Abstufungen:

- (A) Beruflich orientierte Basisangebote (grundsätzlich für alle Rehabilitanden)
- (B) MBOR-Kernangebote (für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen)
- (C) Spezifische MBOR-Angebote (für eine sehr kleine Gruppen von Rehabilitanden, die dieser Maßnahmen bedürfen).

Im Anforderungsprofil werden die Einzelleistungen dem abgestuften Angebotsspektrum zugeordnet, die maßnahmenbezogenen personellen Voraussetzungen (Ärzte, Reha-Fachberater, Arbeitspädagogen usw.), eine Schätzung der Anteile von Patienten, die der entsprechenden Maßnahme bedürfen, und Beispiele für geeignete Leistungen aus der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) angegeben (siehe Tabelle).

Da die Motivation, sich während der medizinischen Rehabilitation mit dem Thema »Beruf« auseinanderzusetzen, nicht immer vorausgesetzt werden kann, sind ggf. gezielte Maßnahmen der Motivationsförderung notwendig. Daher soll ein Basisangebot zur berufsbezogenen Motivationsförderung integraler Bestandteil aller berufsorientierten Interventionsmaßnahmen sein.

Für MBOR-Belastungserprobungen und Arbeitsplatztraining in der medizinischen Rehabilitation sind Räume mit entsprechenden Arbeitsmaterialien (z. B. Ergotherapie) zur Testung und zum Training tätigkeitsspezifischer Bewegungsmuster oder ergonomische und behindertengerecht ausgestattete Modellarbeitsplätze erforderlich. Das Angebotsspektrum kann so von an die individuellen beruflichen Anforderungen angepassten medizinischen Trainingstherapien bis zu nachgebildeten konkreten Arbeitsplatzsituationen reichen. Die Reha-Einrichtungen werden allerdings Modellarbeitsplätze nur für häufig vorkommende Berufe und bei tragbaren Kosten für die Arbeitsplatzausstattung anbieten können.

Modellhafte Erprobung

Für eine ausreichende Versorgung mit medizinisch-berufsorientierten Leistungen ist ein flächendeckendes, d. h. in grundsätzlich allen Rehabilitationseinrichtungen vorhandenes, Angebot der Stufen A und B (Stufe B aber nur für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen) erforderlich. Die spezifischen MBOR-Angebote (Stufe C) sind in der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich nur für einen sehr kleinen Teil der Rehabilitanden

MBOR-Angebote	Dauer/ Häufigkeit	Anzahl Teil- nehmer	Personelle Voraussetzungen	Sonstige Voraussetzungen	Rehabilitanden- anteil	Abbildung in der KTL
1) Berufsorientierte Diagnostik	90 min 1 – 2x	1	Ergotherapeuten, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte	Raum zur Testung und Diagnostik	100 %	D01, D02, D03, D05, D08 ²
2) Soziale Arbeit in der MBOR	15 – 60 min 2 – 5x	1, ggf. Gruppe 4 – 12	Sozialarbeiter/Sozialpädagogen	–	100 %	D01, D02, D03, D05, D08 ²
3) Berufsbezogene Gruppen	45min 4 – 10x	4 – 12	Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Ergotherapeuten	–	25 – 75 %	D05, F051, F054, F059
4) Arbeitsplatztraining	60 min 6 – 10x	4 – 12	Ergotherapeuten, Arbeitspädagogen, Arbeitstherapeuten, Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation (z. B. Ergonomietrainer)	Raum zur Testung/zum Training tätigkeitsspezifischer Bewegungsmuster bzw. Modellarbeitsplätze	50 – 80 %	E02, E05
5) Belastungs- erprobung MBOR	Variabel	1	Ergotherapeuten, Arbeitspädagogen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten	Vorliegen einer detaillierten Arbeitsplatz- oder Tätigkeitsbeschreibung, Raum zur Testung/zum Training tätigkeitsspezifischer Bewegungsmuster, Modellarbeitsplätze oder in Kooperation mit Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation und/oder Betrieben verschiedener Fachrichtung	Abhängig von Indikation und Berufsgruppe	E02, E03, E04, E05, E142, E20, E22, G15 ³ , G16 ³
Summe (ohne 5)	11 – 25h pro Reha¹					

Tab. 1: Zusammenfassende Darstellung der Anforderungen an die therapeutischen MBOR-Angebote für Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage.

Anmerkung: Dauer und Häufigkeit stellen Mindestangaben dar

¹⁾ Berechnung auf Basis von Dauer und Häufigkeit bei tatsächlichem Bedarf, die Spannbreite ist bedingt durch die individuellen Problemlagen

²⁾ nur Psychosomatik/Psychotherapie und Neurologie

³⁾ nur Psychosomatik/Psychotherapie

notwendig. In allen Stufen kann auf bereits vorhandene Angebote zurückgegriffen werden. Dennoch kann die MBOR zusätzlichen organisatorischen oder therapeutischen Aufwand in den Reha-Einrichtungen erfordern.

Das MBOR-Konzept in Gestalt des Anforderungsprofils wurde vor einer flächendeckenden Einführung erprobt, um insbesondere Erfahrungen zu folgenden Fragen zu sammeln:

- **Steuerung:** Wie kann der regelhafte Einsatz eines Screeningfragebogens im Reha-Antragsverfahren von der Verwaltung und in den sozialmedizinischen Diensten umgesetzt werden und welcher Aufwand entsteht dabei? Können die Antragsteller mit besonderen beruflichen Problemlagen im Antragsverfahren identifiziert werden? Können geeignete Reha-Einrichtungen gezielt ausgewählt werden?
- **Durchführung:** Kann eine ausreichende Akzeptanz bei den Rehabilitanden erreicht werden? Können die Reha-Einrichtungen die stärkere Einbeziehung beruflicher Aspekte in die gesamte Rehabilitation (ggf. einschließlich Nachsorge) umsetzen?

- **Finanzieller Aufwand:** Welcher Aufwand entsteht im Rahmen einer bedarfsgerechten medizinisch-berufsorientierten Rehabilitation im Vergleich zu bisherigen Leistungsangeboten? Können medizinisch-berufsorientierte Angebote im Sinne der MBOR-Kernmaßnahmen im Rahmen akzeptabler Pflegesätze erbracht werden?

An der Modellphase waren sieben Reha-Kliniken mit Rehabilitand(inn)en der Fachrichtung Orthopädie beteiligt.

Während der Modell- und Erprobungsphase ließen einige Rentenversicherungsträger die Reha-Klinik prüfen, welche Patienten besondere berufliche Problemlagen aufweisen und deshalb besonderer Diagnostik- und Therapiebausteine bedürfen. Da andere Rentenversicherungsträger die Prüfung auf solche besonderen beruflichen Problemlagen bereits im Antragsverfahren vornehmen, war ein Vergleich beider Vorgehensweisen möglich. Es zeigte sich, dass beide Vorgehensweisen zu vergleichbar guten Ergebnissen führten, wobei bei Einsatz eines Screeningbogens Patientinnen und Patienten

mit besonderer beruflicher Problemlage besser erkannt werden konnten.

Nicht zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gehört die medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBR), die in den sogenannten Phase-II-Einrichtungen stattfindet. Während die MBOR innerhalb des Rahmens der medizinischen Rehabilitation bleibt, treten bei der MBR unter dem Dach ein und derselben Rehabilitationseinrichtung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinzu, allerdings ohne die »großen« Bildungsleistungen, wie z. B. die Umschulung.

Die modellhafte Erprobung zum Anforderungsprofil wurde wissenschaftlich begleitet [1]. Dabei zeigte sich, dass die Vorgaben des Anforderungsprofils vor allem für die Sozialberatung und die berufsbezogenen Gruppen weitgehend umgesetzt werden konnten. Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigten sich bei der Umsetzung des Arbeitsplatztrainings. Vor dem Hintergrund der internationalen Evidenz zur Wirksamkeit multimodaler Behandlungsprogramme empfiehlt sich eine Kombination von berufsbezogenen Gruppen und Arbeitsplatztraining. Deutlich wurde auch, dass die Durchführung der MBOR zusätzliche finanzielle und zeitliche Ressourcen erfordert. Drei Monate nach der Rehabilitation wurden im Klinikmittel für die überwiegende Zahl der betrachteten Zielkriterien signifikante Verbesserungen der Symptomatik bzw. der Beeinträchtigungen erreicht.

Anwenderhandbuch für Reha-Einrichtungen

Im Projekt »Dissemination von Forschungsergebnissen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in die Praxis« (Dr. Neudert, Universität Würzburg) wurde ein Anwenderhandbuch für Reha-Einrichtungen erarbeitet, das neben der Beschreibung der wichtigsten MBOR-Interventionen auch Praxisbeispiele und Ansprechpartner enthält [12]. Das Handbuch wurde am 7. Juni 2010 in einer öffentlichen Fachtagung vorgestellt, zusammen mit den Projektergebnissen und »good practice«-Beispielen, und liegt inzwischen in der dritten Auflage vor. Es wurde den Rehabilitationseinrichtungen in gedruckter Form zur Verfügung gestellt (siehe auch www.medizinisch-berufliche-orientierung.de).

MBOR in der neurologischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation setzt immer an den individuellen Problemlagen und Bedarfen der erkrankten Versicherten an; daraus ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte in der Herangehensweise. So steht bei Erkrankungen, deren weiterer Verlauf durch das Gesundheits- und Krankheitsverhalten wesentlich beeinflusst werden kann, das Bemühen um Lebensstiländerung im Vordergrund (z. B. in der Kardiologie oder bei chronischen Rückenschmerzen). In der Neurologie, also z. B. nach Schlaganfall oder bei Multipler Sklerose, sind das Wahrnehmen der Beeinträchtigungen und der adäquate Umgang damit (Awareness, Restitution, Kompensation,

Adaption; vgl. [17]) meist wichtiger. Oft ist klar, dass die Folgen des Krankheitsereignisses oder der chronischen Erkrankung erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben haben. Daher hat die medizinische Rehabilitation in der Neurologie in vielen Reha-Einrichtungen schon lange die beruflichen Aspekte ernst genommen und in ihre Arbeit integriert. Für die sozialmedizinische Beurteilung wurden berufliche Belastungsproben, supervidiert meist durch Ergo-/Berufstherapeuten oder Neuropsychologen, durchgeführt [16]. Hinzu kamen dann zunehmend auch berufsbezogene Therapieelemente, wie z. B. neurologische Berufstherapie mit Belastungsproben und Arbeitstherapie, Training und Beratung, einzeln und in der Gruppe [12]. Das ist heute wichtiger denn je, da die psychomentalen Anforderungen in der Arbeitswelt an Bedeutung zugenommen haben, sie weiter zunehmen und gerade die Folgen neurologischer Störungen großen Einfluss auf die Möglichkeit haben, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

Nicht erst seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), aber seit dieser relativ starren Begrenzung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung, spielen die Kosten der Rehabilitation eine große Rolle. Oft wird davon ausgegangen, dass MBOR mehr kostet als die »normale« medizinische Rehabilitation [5]. Dies dürfte vor allem dann der Fall sein, wenn die beruflich orientierten Angebote zu den sonstigen Leistungen der Rehabilitationseinrichtung (additiv) hinzukommen, statt andere Diagnostik- oder Therapie-Elemente, die sich als weniger wirksam herausgestellt haben, zu ersetzen (substitutiv). Das Weglassen von – oft jahrelang durchgeführten – Leistungen ist aber oft schwierig umzusetzen, selbst wenn die Einsicht in die nicht so überzeugende Wirksamkeit bereits vorhanden ist. Dennoch ist die Stärkung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation richtig und notwendig. Sie ist – verglichen mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung – ein Alleinstellungsmerkmal der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

Literatur

1. Bethge M, Brandes I, Kleine-Budde K, Löffler S, Neudert S, Schwarz B, Schwarze M, Vogel H. Abschlussbericht zum Projekt »MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)« im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Unveröffentlichter Projektbericht, Hannover/Würzburg 2012.
2. Bethge M, Müller-Farnow W. Wirksamkeit einer intensivierte stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Rehabilitation* 2008; 47 (4): 200-209.
3. Brüggemann S. Das Leitlinienprogramm der DRV – Reha-Therapiestandards Schlaganfall – Phase D. *Neurol Rehabil* 2011; 17 (3): 119-123.
4. Bürger W, Deck R, SIBAR – Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48 (4): 211-221.
5. Buschmann-Steinhage R. Die beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – ein Überblick. In: Deck R, Glaser-Möller N (ed). *Berufliche Orientierung der*

- medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland. Jacobs Verlag, Lage 2006, 23-33.
6. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – Somatische Indikationen. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2010.
 7. Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (ed.). Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2009.
 8. Keck T. Zielerreichung in der Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung (DRV). Zielorientierung der Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2008, 34-55.
 9. Kittel J, Karoff M. Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Rehabilitation* 2008; 47 (1): 14-22.
 10. Löffler S, Wolf H, Gerlich C, Vogel H. Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Unveröffentlichter Projektbericht, Würzburg 2007.
 11. Löffler S, Wolf HD, Vogel H. Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen – Entwicklung und Validierung. *Gesundheitswesen* 2008; 70: 461-462.
 12. Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Wolf HD, Neudert H. Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2010.
 13. Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation* 2003; 42 (3): 169-174.
 14. Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (ed.). Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments – Interventionen – Ergebnisse. Pabst, Lengerich 2006.
 15. Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM. Gesundheitsbedingte berufliche Problemlagen. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (ed.). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2009, 9-13.
 16. Schupp W. DGRW-Update: Neurologie – Von empirischen Strategien hin zu evidenzbasierten Interventionen. *Rehabilitation* 2011; 50 (in print).
 17. Schupp W, Kulke H. Neurologie. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (ed.). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2009, 301-315.
 18. Streibelt M. Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation* 2009; 48 (2): 135-144.
 19. Streibelt M, Buschmann-Steinhage R. Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2011; 50 (3): 160-167.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
E-Mail: rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de