

# Die beruflich-tätigkeitsorientierte Rehabilitation – Entwicklung und Praxis

T. Späth<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Seitdem das SGB IX vom 19.06.2001 die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, die Pflichten des Arbeitgebers und die Rechte schwerbehinderter Menschen regelt, haben sich unterschiedliche beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt.

Allen gleich sind die Standards, die von den unterschiedlichen Kostenträgern vorgegeben werden.

Das Anforderungsprofil am Arbeitsplatz rückt dabei immer mehr in den Fokus der Therapien. Erste Untersuchungen zeigen, dass beruflich orientierte Reha-Maßnahmen bessere Ergebnisse im Vergleich zu anderen Reha-Maßnahmen aufweisen.

**Stichworte:** Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit, tätigkeitsorientierte Rehabilitation

Die Forderung steht klar im Raum und wurde vom Gesetzgeber seit 2001 im SGB IX inhaltlich festgehalten: „Bei gefährdeter, geminderter oder aufgehobener Erwerbsfähigkeit ist immer an die berufliche Reintegration und Rehabilitation zu denken. In der medizinischen Rehabilitation muss durch Berufsorientierung bei Diagnostik und Therapie auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit fokussiert werden.

Bei besonderen beruflichen Problemlagen sollen diese Maßnahmen in speziellen Zentren für medizinisch-berufliche Rehabilitation integriert behandelt werden. Regionale Vernetzungen sind dabei von großem Vorteil.“ [1]

Kittel et.al. merkten 2009 an, dass nach orthopädischer Rehabilitation die Return to work-Rate nur bei 62,9% lag, jedoch nach Durchführung einer intensivierten berufsbezogenen Rehabilitation 79,1% der be-

rufstätigen Patienten nach einem Jahr in das Erwerbsleben erfolgreich integriert worden sind [2].

Fast zeitgleich konzipierten die Deutsche Rentenversicherung (DRV) sowie die größte Berufsgenossenschaft Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) in einem gemeinsamen Papier ein Anforderungsprofil sowie eine Handlungsanleitung für stationäre und ambulante Einrichtungen, die bis zu diesem Zeitpunkt medizinisch-orientierte, somatische Rehabilitation durchgeführt hatten.

Der Ansatz einer Rehabilitationsmaßnahme der Berufsgenossenschaften beinhaltet traditionell einen berufsbezogenen Charakter (siehe Handlungsanleitung zur Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung: „Daneben kann eine arbeitsbezogene Abklärung erforderlich sein. Im Rahmen der arbeitsbezogenen Abklärung soll geprüft werden, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind“. [3:10])

Die Zielgruppe einer arbeitsplatzbezogenen muskuloskelettalen Rehabilitation (**ABMR**) der **Berufsgenossenschaften** sind Menschen, die körperlich arbeiten oder spezifisch körperlichen Belastungen ausgesetzt sind und eine Erst-Arbeitsunfähig-

keits-Prognose von mehr als 112 Tagen (16 Wochen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie z.B. Alter und Begleiterkrankungen haben [3:2].

Die **medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)** der **DRV** „erbringt Leistungen zur Teilhabe, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten (und) ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern“ [5]. Zielgruppen sind hier unter anderem „Versicherte mit problematischen sozialmedizinischen Verläufen, z.B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, langen sich abwechselnden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit“. Aber auch „Versicherte mit einer negativen subjektiven beruflichen Prognose, auch mit Rentenbegehren, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können“ [5].

Folgende Formen der tätigkeitsorientierten Rehabilitation bilden das zusätzliche Leistungsspektrum, das die durchführenden Einrichtungen vorhalten müssen:

- Diagnostik – Anfertigung eines Patientenfähigkeitsprofils
- Verfahren zur Ermittlung funktionaler Beeinträchtigungen (wahlweise z.B. WOMAC, DASH, PACT, FfbH-Fragebögen, SF-36)
- Verfahren zur Ermittlung kognitiver und behavioraler Beeinträchtigungen (wahlweise z.B. FABQ, AVEM, FESV, ERI-Fragebögen)
- Verfahren zur Einschätzung beruflicher Leistungsfähigkeit bzw. Profilverfahren (EFL, Ergos® und andere nicht lizenzierte FCE-Verfahren)

<sup>1</sup> Ambulantes Zentrum für Rehabilitation und Prävention am Entenfang GmbH, Karlsruhe

Eingegangen: 17.9.2015  
Angenommen durch Review: 29.9.2015

Tab. 1 Neue Klassifikation therapeutischer Leistungen der DRV.

KTL 2015	KTL 2015 Titelbezeichnung
A 570	Arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining in der Kleingruppe
A 602	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe
A 654	Arbeitsplatzorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln
E 601, E 602, E 611, E 612*	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Leistungsbeurteilung einzeln/in der Kleingruppe standardisiert/nicht-standardisiert

\* Das Kapitel E steht hauptsächlich für ergotherapeutische Leistungen. Verhaltensbeobachtung und Anwendung eines FCE-Verfahrens oder Teile davon als Screening werden in der Praxis häufig von Sportwissenschaftlern mit Zusatzqualifikation erbracht.

Die erhobenen Daten müssen mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes abgeglichen werden.

Im Rahmen der MBOR/ABMR sind in der Therapie folgende Schwerpunkte zu berücksichtigen:

- Berufsbezogene Motivation
- Berufs- und Sozialberatung
- Berufsbezogene Gruppen (Klassenverband nicht unbedingt erforderlich)
- Arbeitsplatztraining und, falls die interne Belastungserprobung keine eindeutigen Ergebnisse produziert hat,
- Belastungserprobung am Arbeitsplatz in Kooperation mit dem Betrieb

Am Ende einer wie auch immer deklarierten tätigkeitsorientierten Rehabilitation steht ein ReScreening zur Dokumentation der gemachten Fortschritte während der Durchführung der Maßnahme.

Bei der Erstellung dieser Konzepte fanden hauptsächlich Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten mit arbeitstherapeutischer Zusatzqualifikation (z.B. Ergonomietrainer) Berücksichtigung (nur das erstgenannte Therapieverfahren enthielt als personelle Voraussetzung „alle Berufsgruppen“, also auch den Sporttherapeuten) [5].

In der neuen Klassifikation therapeutischer Leistungen der DRV für 2015 [6] wurden einige Ziffern neu aufgeführt, die es Einrichtungen erleichtern, Leistungen von Sportlehrern, Sportwissenschaftlern sowie Sport- und Gymnastiklehrern, aber auch Physiotherapeuten zu dokumentieren.

Bei einer vorläufigen ABMR-Assessmentauswertung wurden an den 3 Messzeitpunkten Beginn der Therapie, 3 Wochen nach Beginn der Therapie sowie 6 Monate nach Ende der Therapie jeweils SF-36 mit 8 Dimensionen und 2 Summenskalen, sowie indikationsspezifisch DASH, DASH-Arbeit und DASH-Sport für Verletzungen der oberen Extremitäten erhoben. Sie ergab folgendes Bild [7]:

Bei Beschwerdebildern der oberen Extremität, besonders Schulterbeschwerden, gab es eine signifikante Besserung im Verlauf der ABMR und 6 Monate danach in der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“. Die betroffenen und untersuchten Patienten konnten also ihre Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant verringern.

Insgesamt wies der physische Summencore aller 8 Dimensionen ebenfalls eine si-

gnifikant erlebte Verbesserung des Beschwerdebildes auf. Die Beschwerdebilder Rücken und Untere Extremitäten wiesen keine signifikanten Verbesserungen auf. Werden die unterschiedlichen Behandlungsformen ambulant und stationär betrachtet, ergeben sich uneinheitliche und unscharfe Ergebnisse.

## ➤ Fazit

Eine genauere Einschätzung der Therapieerfolge sowie besonders die Erwerbsprognose sollten Gegenstand kommender wissenschaftlicher Untersuchungen sein.

Angaben sowohl über die einzelnen Therapien der beteiligten Einrichtungen (Anteil Schulungen, aktive arbeitsplatzorientierte Therapiemaßnahmen über KTL etc.), als auch über an der ICF angelehnte Verordnungsparameter sollten erfasst werden.

Online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1558524>

## Literatur

- 1 Stein V, Greitemann B, Hrsg. Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2015
- 2 Gutenbrunner C. Jobreha – ein Modell zur Verbesserung des Arbeitsplatzbezugs der medizinischen Rehabilitation. Vortrag auf dem 12. Deutscher Reha-Kongress 2010

## Summary

### Professional and activity-oriented rehabilitation: Development and practice

The German Social Security Code (SGB IX 19.06.2001) regulates the rehabilitation and participation of disabled persons in the employment market, the obligations of the employer as well as the rights of severely disabled persons. This has led to the development of different professionally orientated rehabilitation measures. Moreover, the standards which are prescribed by the different cost bearers have been harmonized. Against this background, the requirement profile for the workplace is increasingly becoming the focus of therapies. Initial research shows that employment-oriented rehabilitation measures exhibit better results in comparison to other rehabilitation measures.

**Key words:** rehabilitation, disability, activity-based rehabilitation

- <sup>3</sup> DGUV, LSV-SpV. Handlungsanleitung. Im Internet: [http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med\\_reha/documents/hand.pdf](http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/hand.pdf)
- <sup>4</sup> DGUV, LSV-SpV. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Beteiligung von Einrichtungen an der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) (Stand 02.02.2012). Im Internet: [http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med\\_reha/documents/abmr1.pdf](http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/abmr1.pdf)
- <sup>5</sup> DRV. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – somatische Indikationen (Stand 5.5.2010). Berlin: DRV; 2010
- <sup>6</sup> DRV. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation 2015. Im Internet: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl\\_2015\\_pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=7)
- <sup>7</sup> Institut für Community Medicine der Universität Greifswald; 2010–2014

**Korrespondenzadresse**

Tilo Späth  
Sportwissenschaftler  
M.A.  
Fachbereichsleiter  
Gesundheitsförderung  
Ansprechpartner für  
Betriebliches Gesundheitsmanagement  
Ambulantes Zentrum für Rehabilitation  
und Prävention am Entenfang GmbH  
Am Entenfang 12–14  
76185 Karlsruhe  
E-Mail: [t.spaeth@azr.de](mailto:t.spaeth@azr.de)

