

POSITIONSPAPIER

der Bundesarbeitsgemeinschaft
der medizinisch-beruflichen
Rehabilitationseinrichtungen e.V.
(Phase II)

11/2016

*Medizinisch-Berufliche Rehabilitation gibt
Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen
eine Chance auf dem Arbeitsmarkt.*

*Verantwortlich für den Inhalt: Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft
der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen
(Vorsitzender: Dr. J. Lecheler, CJD Berchtesgaden)*

www.mbreha.de



Bundesarbeitsgemeinschaft der
medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen
(BAG MBR Phase II)

INHALTSVERZEICHNIS

Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Phase II)	
Was ist damit gemeint?	1
Selbstbestimmte und chancengleiche Teilhabe	
Ein Menschenrecht!	2
Der typische Phase II-Patient	
Wer ist das?	2
Der Weg Phase II	
Wer stellt entscheidende Weichen?	3
Struktur- und Prozessqualität Phase II	
Oder: Wie sich angemessene Vergütungen rechnen	5
Phase II:	
Eine Investition in die Zukunft!	6
 Anhang Fallbeispiele typischer Phase II – Patienten	
Fallbeispiel Neurologie	7
Fallbeispiel Psychiatrie	8
Fallbeispiel Pädiatrie/Innere Medizin	9
Fallbeispiel Orthopädie	10

Phase II verknüpft nahtlos medizinische und berufliche Rehaleistungen – nicht nur zugunsten von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen sondern auch im Interesse von Betrieben.



Die Anregung kam 1982 aus dem Bundesarbeitsministerium mit der Frage: Ist es möglich, bei einer schwerwiegenden oder komplexen Erkrankung die erforderlichen medizinischen Behandlungen möglichst frühzeitig mit berufsfördernden Maßnahmen zu verbinden, damit der Wiedereinstieg in das Berufsleben alsbald gelingt? Die Antwort war die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (mbR-Einrichtungen), die vom Bundesarbeitsministerium als „Phase II“ klassifiziert wurde. Sie steht im Rahmen eines dreistufigen indikationsübergreifenden Rehabilitationsmodells zwischen der akutmedizinisch und/oder rehabilitationsmedizinisch erforderlichen Anfangsbehandlung (Phase I) und der beruflichen Rehabilitationsleistung z.B. in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken (Phase III).

Die Einrichtungen der seit 1982 bestehenden BAG Phase II verknüpfen frühzeitig medizinische Reha-Leistungen mit Angeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben und ermöglichen damit die zügige und nahtlose Förderung von Fähigkeiten – nicht nur zugunsten der Betroffenen selbst, sondern auch im Interesse der Betriebe in Deutschland. Vorrangiges Ziel: die nachhaltige Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf dem bezahlten Arbeitsmarkt. Damit bilden die Phase II-Einrichtungen eine wichtige Säule bei der Umsetzung des Rechts auf Arbeit im Sinne des Artikels 27 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in Deutschland.

Die moderne medizinisch-berufliche Rehabilitation (mbR) geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der über das Erkennen, Behandeln

und Heilen einer Krankheit hinaus auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren eingeht. Durch die Analyse der individuellen Lebenssituation und des Bewältigungsstils des Rehabilitanden ergeben sich Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen, die gemeinsam mit der beruflichen Qualifizierung einen bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und insbesondere beruflichen Leben gewährleisten. Der Ansatz bezieht sich gleichermaßen auf die vorberufliche und berufliche Situation der Rehabilitanden. Er analysiert die Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine berufliche Eingliederung, eine ausgeübte Erwerbstätigkeit oder eine berufliche Neuorientierung.

SELBSTBESTIMMTE UND CHANCENGLEICHE TEILHABE EIN MENSCHENRECHT!



Um Menschen mit Behinderungen ein Höchstmaß an wirksamer Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen, braucht es Qualität der Reha-Leistungen und eine Orientierung am individuellen Bedarf der Betroffenen. Die selbstbestimmte und chancengleiche Teilhabe am Arbeitsleben spielt eine wichtige Rolle gerade für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Sie haben es besonders schwer, ihre Unabhängigkeit durch bezahlte Arbeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Deswegen benötigen sie ganzheitliche Unterstützung: in gleichzeitiger Abstimmung der erforderlichen

medizinischen-rehabilitativen mit den berufsspezifischen Förderleistungen, die auf die Anforderungen des betrieblichen Alltags im Individualfall zugeschnitten sind.

Das gleichzeitige Angebot medizinischer sowie beruflicher Förderleistungen bedeutet – gerade für einen von komplexer Behinderung oder chronischer Krankheit Betroffenen – einen wertvollen Gewinn an Lebensarbeitszeit. Die umfassende Betrachtung beider existentiell wichtiger Belange steigert die Qualität der persönlichen Zukunftsprognose: ein Recht, das allen Betroffenen zusteht!

Phase II ermöglicht die gleichzeitige Abstimmung medizinisch-rehabilitativer mit berufsspezifischen Förderleistungen, die auf die Anforderungen des betrieblichen Alltags im Individualfall zugeschnitten sind.

DER TYPISCHE PHASE II-PATIENT WER IST DAS?



Der typische Reha-Phase II-Patient¹ weist komplexe medizinisch-berufliche Bedarfslagen bei prinzipiell positiver Erwerbsprognose auf. Diese Bedarfslagen beziehen sich grundsätzlich auf alle medizinischen Indikationsbereiche (Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Stoffwechsel- und Atemwegserkrankungen u.a.).

Oft handelt es sich um Menschen mit einer Multimorbidität und/oder um Komorbidi-

täten. Immer benötigen diese Menschen eine engmaschige, medizinische Betreuung und sehen sich der Gefahr ausgesetzt, ohne berufsspezifische Hilfen den Anschluss an eine bezahlte Arbeit zu verlieren. Für eine erfolgreiche Teilhabe benötigen die Betroffenen über einen längeren Zeitraum hinweg ein umfassendes, integratives Angebot, bei dem in der Regel mehrere – sowohl medizinische als auch schulische, berufsfördernde sowie psychosoziale Leistungen – ineinander

Phase II-Patienten haben das Potential, sich aktiv ins Erwerbsleben einzubringen. Ohne umfassendes Förderkonzept sinkt die Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben.

¹ Bitte beachten Sie unsere ausführlichen Fallbeispiele im Anhang!

greifen und auf den individuellen Bedarf abgestimmt werden. Ohne dieses umfassende Förderkonzept drohen Arbeitsplatzverlust und / oder vorzeitige Berentung.

Ein besonderes Augenmerk richten einige Mitgliedseinrichtungen der BAG auf junge Menschen, die noch in der Berufswahlentscheidung stehen. Schulische und berufsvorbereitende Förderprogramme sind in diesem Alter von entscheidender Bedeutung, um eine ungünstige Prognose zu verhindern und langfristige negative Folgen durch eine

falsche Berufswahl zu vermeiden. Entscheidend ist, dass der besondere Förderbedarf bei Menschen mit komplexen Behinderungen — die als Folge akuter Erkrankungen oder chronischer Krankheiten vorliegen — rechtzeitig erkannt wird. Statistiken² belegen: Schwerbehinderte Menschen sind häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen als nicht-schwerbehinderte Menschen. Die Chancen auf eine Teilhabe am Arbeitsleben sinken in dem Maße, in dem die Betroffenen den möglichst frühzeitigen Anschluss ans Arbeitsleben verlieren.

DER WEG PHASE II WER STELLT ENTSCHEIDENDE WEICHEN?

Phase II-Einrichtungen koordinieren den individuellen Teilhabeplan, ebnen frühzeitig trägerübergreifende Maßnahmen und fördern die dauerhaft selbständige Teilhabe des Betroffenen.



Menschen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gelangen auf verschiedenen Wegen in die mbR-Einrichtungen der Phase II. Ausgangspunkt eines jeden Zugangsweges ist eine Beratung und ein umfassendes Screening der Patienten, das von qualifizierten Mitarbeitern der mbR-Einrichtungen vorgenommen wird. Konkrete Maßnahmen werden in Abhängigkeit der Indikation der jeweiligen Einrichtung mit dem Ziel einer spezifischen Belastungserprobung, eines Arbeitstrainings oder einer Vorbereitung auf eine Integration ins Arbeitsleben bestimmt. Zusätzliche Entscheidungsgrundlage bieten spezifische

Assessments, um die Notwendigkeit und Machbarkeit von Angeboten der Phase II schon vor Beginn der Behandlung prognostizieren zu können.

Maßgabe dabei ist nicht nur die Klassifizierung der chronischen Krankheit oder Behinderung nach ICD-10, sondern im Besonderen die in der Internationalen Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)³ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierten Bedarfe der personenbezogenen, sozialen und umweltbezogenen Einschränkungen und Ressourcen zu berücksichtigen. Sie sind die Grundlage des Teilhabeplanes,

der über alle Leistungsträger hinweg abgestimmt wird, insbesondere dann, wenn ein Wechsel von Trägerzuständigkeit⁴ innerhalb der Behandlungskette auftritt.

Der von der BAG mbR-Phase II entwickelte Kriterienkatalog dient als Entscheidungshilfe. Dieses Vorgehen ist hilfreich und zielführend, da die Entscheidungskompetenz bei dem jeweils zuständigen Leistungsträger verbleibt, der nur anhand eines ärztlichen Befundberichtes die Komplexität der Einschränkungen und Ressourcen sowie die erforderlichen Leistungen nicht immer vollständig bewerten kann.

Während der Betreuung in einer Mitgliedseinrichtung der Phase II werden die Leistungen flexibel an den individuellen Unterstützungsbedarf der Patienten angepasst. Hierbei ist besonders wichtig, dass die Patienten im Sinne eines Fallmanagements vom mbR-Team durch den gesamten Reha-Prozess begleitet werden. In diesem Prozess wird regelmäßig die Passgenauigkeit der im Teilhabeplan vorgesehenen Leistungen überprüft, um erforderlichenfalls individuelle – an den Bedarf angepasste – Nachjustierungen vorzunehmen.

Die Überleitung der Betroffenen in nachgehende Leistungsbereiche ist oft mit einem

Wechsel des Leistungsträgers verbunden. Die mbR-Teams leiten diesen Prozess rechtzeitig ein und gewährleisten zeitnahe und personenbezogene Unterstützungsangebote. Die entscheidende Aufgabe der mbR-Teams ist eine frühzeitige Vernetzung mit den Verantwortlichen in den Betrieben für den wichtigen Austausch über konkrete, individuelle Fördermöglichkeiten zur Eingliederung der Betroffenen am Arbeitsplatz. Dieses Vorgehen unterstützt eine nachhaltige berufliche Teilhabe und trägt zur Effizienz von aufwändigen Rehabilitationsmaßnahmen bei. Die Begleitung dieser Maßnahmen im Anschluss an den stationären Aufenthalt gehört zu den Aufgaben eines mbR-Teams.

Ziel der mbR ist es, eine Verbesserung der Ergebnisqualität der Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit komplexen Behinderungen am Arbeitsleben zu bewirken. Dies bedeutet für die Betroffenen, dass sie ihren Teilhabeplan – im Sinne einer manifesten Lebensstiländerung – auf Dauer eigenständig weiterführen können.

² Siehe Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung der Bundesagentur für Arbeit Mai 2016

³ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>

⁴ Zur Darstellung der unterschiedlichen Trägerzuständigkeiten siehe beispielhaft das BAR-Phasenmodell, Empfehlungen der BAR zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie, Seite 19.

STRUKTUR- UND PROZESSQUALITÄT PHASE II ODER: WIE SICH ANGEMESSENE VERGÜTUNGEN RECHNEN

Phase II-Einrichtungen halten besondere personelle und strukturelle Qualitätsanforderungen vor, die neben den indikationsspezifischen medizinisch-rehabilitativen Erfordernissen berufliche Trainingsmöglichkeiten ermöglichen.



Die mbR stellt hohe Anforderungen an die Qualität⁵ von Ausstattung und Personal der Mitgliedseinrichtungen. Das bio-psycho-soziale Modell einer funktionalen Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen liegt allen Betreuungsleistungen der Phase II zugrunde, nicht nur, weil es in der ICF niedergelegt ist, sondern weil es auch die Grundüberzeugung der Mitarbeiter in den Mitgliedseinrichtungen ist. Die Teilhabe am Arbeitsleben – ein integrierter Bestandteil der ICF – kann nur gelingen, wenn der umfassende Behandlungsansatz der mbR der Phase II berufliche Hilfen von vornherein berücksichtigt.

Um diese umfassende Betreuung leisten zu können, halten die Phase II-Einrichtungen apparative Ausstattungen vor, die neben den indikationsspezifischen medizinisch-rehabilitativen Erfordernissen berufliche Trainingsmöglichkeiten ermöglichen – vereinfacht gesagt:

Rehabilitation und Werkstatt unter einem Dach.

Eine nachhaltige, berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen setzt ein hoch qualifiziertes interdisziplinäres Behandlungsteam voraus. Der Ansatz der mbR erfordert die Anwendung von individuell auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmten komplexen Rehabilitationsleistungen aus medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, beruflichen und psychosozialen Fachgebieten. Diese müssen miteinander verzahnt und von Hilfen zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Verhaltensänderung begleitet werden. Das Ziel ist der Abbau von negativ wirkenden Kontextfaktoren bzw. der Aufbau von Förderfaktoren. So wird zusammen mit einer fachärztlichen,

therapeutischen und pflegerisch kompetenten Behandlung ein am Bedarfsplan ausgerichteter Fall-Management sichergestellt.

Die Qualität der BAG Einrichtungen wird deutlich durch das Vorhalten von Berufspädagogen, Arbeitstherapeuten, Sozial- und Heilpädagoginnen sowie Rehabilitationstherapeuten neben den klassischen therapeutischen Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, Psychologie, Neuropsychologie und Ernährungsberatung. Erst dies ermöglicht die qualifizierte Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie etwa Bildungsbegleitungen, medizinisch-berufliche Assessments, Arbeitstrainings, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen oder Anpassungen von Arbeitsplätzen.

Die vergleichsweise hohen personellen und strukturellen Anforderungen, welche von Phase II-Einrichtungen erfüllt werden, spiegeln sich in der Regel wieder in einem deutlich höheren Vergütungsbedarf im Vergleich zu medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, die Patienten mit weniger komplexen Behinderungen und/ oder weniger komplexen beruflichen Problemlagen behandeln. Das gilt für alle Indikationen im Spektrum der Phase II-Einrichtungen und kann auch im Einzelfall eine gesonderte Begründung erfordern, wenn die Leistungsträger der Sozialgesetzbücher ihre Zuständigkeit oder Nachrangigkeit prüfen. Je nach Schwerpunkt einer Mitgliedseinrichtung sind alle zuständigen Leistungsträger im Rahmen des Sozialgesetzbuches auch Träger der Betreuung der komplexen Fälle in der BAG. Evaluationsstudien⁶ belegen, dass durch den umfassenden Ansatz, der sich an einer erfolgreichen Teilhabe von Menschen

mit komplexen Behinderungen am Arbeitsleben ausrichtet, die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess positiv gefördert wird.

Impliziertes Ziel ist der „return on investment“ — also die langfristige Refinanzierung eines zunächst höheren Pflegesatzes.

PHASE II: EINE INVESTITION IN DIE ZUKUNFT!



Weltweit wird darüber nachgedacht, wie die Lage der Menschen mit Behinderungen verbessert werden kann. Die Entwicklung der ICF-Kriterien durch die WHO ist dafür ein beredtes Beispiel. Sie hat vielen Betroffenen neue Wege eröffnet. In Deutschland hat das „Rehafutur“ Projekt auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wegweisende Verbesserungen für die Rehabilitation angestoßen⁵. Ein wesentliches Kernthema für ICF und Refafutur ist die Zusammenschau medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Die BAG Phase II widmet sich diesem Thema seit ihrer Gründung 1982. Sie bringt umfassende Erfahrungen aus der Praxis ein und bietet durch ihre spezifischen Einrichtungen eine zukunftsfähige, innovative sowie effiziente medizinisch-berufliche

Rehabilitation in allen Indikationen an. Die Arbeit der Mitgliedseinrichtungen der BAG Phase II ist von der Überzeugung geprägt, dass die Chance auf Teilhabe am Arbeitsleben nicht nur ein wertvolles Gut für die Betroffenen selbst sondern auch für die gesamte Volkswirtschaft ist. Die qualitativ hochwertigen umfassenden Hilfen für Patienten mit komplexen Beeinträchtigungen stellen eine wirtschaftliche Investition in die Zukunft einer immer älter werdenden Gesellschaft dar, die auf die Fachkenntnisse der älteren Generation angewiesen ist.

Die BAG Phase II versteht sich hierbei als Partner aller Beteiligten für Innovationen – in einer inklusiven, vielfältigen und modernen Gesellschaft.

Die BAG Phase II steht für eine zukunftsfähige, innovative und effiziente medizinisch-berufliche Rehabilitation

⁵ Zur ausführlicheren Beschreibung der Qualitätsstandards siehe Artikel „Qualitätsanforderungen an Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“. In: Prävention und Rehabilitation, Jg. 25, 1/2013, S. 14–17

⁶ Siehe auch „Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEMBER)“ in „Die Rehabilitation“, Jg. 53, Nr. 2, S. 87–93

⁷ Siehe auch Deutsche Akademie für Rehabilitation/ Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2010): Refafutur. Anlagen zum Abschlussbericht.

ANHANG

FALLBEISPIELE TYPISCHER PHASE II – PATIENTEN

FALLBEISPIEL NEUROLOGIE

Zugang zur Rehabilitation: Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung nach weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit mit Ziel der beruflichen Wiedereingliederung

Medizinische Anamnese/ Teilhabeproblematik: Z. Zeitpunkt d. Erkrankung 45-jährige Rehabilitandin, verh., 2 Kinder (14,16 J.)
Medizinische Diagnosen: Dissektion der Arteria Carotis interna links, Thrombose der Arteria Media links im M1/M2-Übergang, lysiert, Angiographischer Nachweis einer Dissektion der Arteria Carotis interna rechts und der Arteria Vertebralis links im Bereich der Atlasschleife, vorbestehende Migräne

Diagnose: Nichtflüssige Aphasie nach Schlaganfall

Berufliche Anamnese/ Teilhabeproblematik: Gelernte Steuerfachangestellte, nach Erziehungspause und Wohnortwechsel seit 17 Monaten als Verwaltungsfachkraft und Sekretärin bei einem Bildungsträger im Umfang von 28 Wochenstunden tätig. Diese Tätigkeit ist durch die gegebenen neurologischen Einschränkungen in der bisherigen Form nicht mehr zu leisten. Der Arbeitgeber ist offen für Eingliederungsgespräche.

Aufnahmebefund: **Sprachlich:** Auditives Sprachverständnis beeinträchtigt (in guter Besserungstendenz), Probleme bei längeren oder komplexeren Anweisungen, Wortfindung: gehäuft semantische Paraphasien, nahe am Zielwort, Satzbildung in einfachem Rahmen möglich (SP0-Sätze), Artikulation durch initial bestehende Sprechapraxie beeinträchtigt, Lesen nach Therapie möglich, Schreiben nur bei hochfrequenten Begriffen

Neuropsychologisch: Grenzwertige Aufmerksamkeits-Intensität (Verlangsamung, rasche Ermüdbarkeit), Aufmerksamkeitsteilung nicht möglich, Transkodierungsprobleme bei Zahlen

Rehabilitationsverlauf der medizinisch-beruflichen Reha:

- » Sprachlich Trend in Richtung leichte bis mittelgradige nichtflüssige Aphasie
- » Leistungsstruktur unverändert, jedoch durchgängig Besserungen
- » Ablenkung und Mehrfachanforderungen (z.B. sprechen und schreiben, hören und schreiben) noch Handicap
- » Beratung/ Abklärung b. Arbeitgeber über geeigneten Aufgabenzuschnitt, Erprobung geeigneter Hilfsmittel (Tonaufzeichnungen, Diktiersoftware, Pausenmanagement...)
- » Neuropsychologisch neben Aufmerksamkeitstherapie Arbeiten an Textaufgaben mit planerischem Hintergrund, Ziel sicheres Verständnis, Umsetzung bei Planungs- und Terminierungsprozessen
- » Initiierung Lohnkostenzuschuss durch Integrationsamt
- » Parallel behutsame stufenweise Mehrbelastung direkt im Betrieb incl. Steigerung der Arbeitszeit auf letztendlich 7 Std/ Tag (4 Tage-Woche).

Rehabilitationsergebnis: Entlassung arbeits- und erwerbsfähig, Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz.

FALLBEISPIEL PSYCHIATRIE

Zugang zur Rehabilitation:	Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung auf Veranlassung der Agentur für Arbeit nach weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit mit Ziel der beruflichen Wiedereingliederung.
Medizinische Anamnese/ Teilhabeproblematik:	Bei Aufnahme 35-jähriger Rehabilitand, Krankheitsbeginn 5 Jahre zuvor als Burnout im Rahmen sehr hoher Arbeitsbelastung, ambulante Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation mit vorübergehender Besserung. 1 Jahr später psychotische Symptomatik bezogen auf den Arbeitsplatz, stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Behandlung.
Diagnose:	schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv.
Berufliche Anamnese/ Teilhabeproblematik:	Mittlere Reife, chemisch-technischer Assistent, bestehendes Arbeitsverhältnis als Pharmakant in der Herstellung und Abfüllung von Augen- und Nasentropfen (Früh-/Spätschicht). Einzelarbeitsplatz mit hoher Verantwortung, die sich der Rehabilitand nicht mehr zutraute. Er hatte bereits beim Arbeitgeber wegen einer Umsetzung in eine andere Tätigkeit nachgefragt, was abgelehnt worden war.
Aufnahmebefund:	Minussymptomatik mit Einschränkungen in Selbstbehauptungs-, Kontakt-, Gruppenfähigkeit und Spontanaktivitäten. Rückzug aus einer Partnerschaft ins Elternhaus.
Rehabilitationsverlauf der medizinisch- beruflichen Reha:	» Psychiatrische Therapie mit Medikamentenumstellung, Kontaktaufnahme mit dem betriebsärztlichen Dienst. » Psychotherapie: stützend, kognitiv-verhaltenstherapeutisch. » Sporttherapie mit Ziel der Aktivierung. » Sozialberatung mit Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber. » Arbeitstherapie: Ergotherapie, Metall-, Elektrobereich und Druckerei mit Erreichen eines Teilleistungsvermögens bei reduziertem Arbeitstempo und Antriebsminderung, sozial zurückgezogenem Verhalten. » Praktikum von 4 Wochen am Arbeitsplatz mit Aufbau einer Belastbarkeit bis 5 Stunden täglich, deshalb Empfehlung einer sich anschließenden 3-monatigen ambulanten beruflichen Anpassungsmaßnahme am Arbeitsplatz mit sukzessiver Steigerung des Leistungsvermögens.
Rehabilitationsergebnis:	Entlassung arbeits- und erwerbsfähig, Rückkehr an den bestehenden Arbeitsplatz.

FALLBEISPIEL PÄDIATRIE / INNERE MEDIZIN

Zugang zur Rehabilitation: Anträge auf Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII/ SGB V) zur medizinisch-schulischen Rehabilitation und nachfolgende Anträge auf berufsfördernde Hilfen (SGB III/ SGB V) durch Kinderklinik

Diagnose: Mukoviszidose (cystische Fibrose)

Medizinisch-schulische Anamnese/ Teilhabeproblematik: Angeborene Stoffwechselerkrankung u.a. mit allmählicher Zerstörung der Lunge durch Problemkeime (Pseudomonas). Zur Info: Vor 30 Jahren verstarben die Patienten mit Mukoviszidose schon vor Erreichen des Erwachsenenalters; heute ist die durchschnittliche Lebenserwartung > 50 Jahre. Umfangreiche tägliche Therapien verlängern die Lebenszeiten entscheidend; die Integration in den Arbeitsmarkt setzt anspruchsvolle medizinisch- berufliche Hilfestellungen voraus.
Im vorliegenden Fall Diagnosestellung im 1. Lebensjahr und Beginn der regelmäßigen Inhalationsbehandlung sowie weiterer Therapien. Wegen der krankheitstypischen chronischen Pseudomonasbesiedlung häufige, jeweils mehrwöchige, intravenöse antibiotische Behandlung in der Kinderklinik. Kein regelmäßiger Schulbesuch möglich.

Aufnahmebefund: Bei Aufnahme untergewichtig und entwicklungsretardiert. Lungenfunktion erheblich eingeschränkt. Massive Veränderung im Thorax-CT mit Zerstörung großer Lungenbezirke.

Rehabilitationsverlauf der medizinisch-beruflichen Reha:

- » Medizinisch-schulische Rehabilitation: Schulbesuch ohne größere Fehlzeiten bis zum Hauptschulabschluss; Sistieren der progredienten Lungenzerstörung durch gleichzeitige umfangreiche Therapien (2-3 Stunden täglich Inhalationstherapie/ Sekret Drainage)
Kostenträger: Eingliederungshilfe SGB XII in Kombination mit GKV (SGB V)
- » Medizinisch-berufsvorbereitende Rehabilitation: Förderungslehrgang (BvB) zeitgleich mit psychologischer, physiotherapeutischer, sporttherapeutischer und pädagogische Begleitung sowie ambulanten und stationären medizinische Therapiemaßnahmen wie z.B. ambulante und stationäre intravenöse Antibiotikatherapie, Betreuung der regelmäßig durchzuführenden Dauertherapie in der Freizeit und am Arbeitsplatz
Kostenträger: BA (SGB III) in Kombination mit GKV (SGB V)
- » Medizinisch-berufliche Rehabilitation (Überbetriebliche Ausbildung) : Ausbildung zum Bürokaufmann abgeschlossen unter o.g zeitgleichen Hilfestellungen/ Behandlungsmaßnahmen.
Kostenträger: BA (SGB III) in Kombination mit GKV (SGB V)

Rehabilitationsergebnis:

- » **Gesundheit:** Stabilisierung der chronischen Erkrankung; berufliche Belastungsphasen des Büroberufes sind möglich; Entwicklungsretardierung ausgeglichen.
- » **Schulabschluss:** Durch weitgehende Reduzierung von Fehlzeiten Lücken geschlossen und Schulabschluss erreicht
- » **Berufliche Teilhabe:** Nach BvB und überbetrieblicher Ausbildung im Rahmen der Phase II der Krankheit angepasster Ausbildungsabschluss; seither Berufstätigkeit.

FALLBEISPIEL ORTHOPÄDIE

Zugang zur Rehabilitation:	Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung nach weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit mit Ziel der beruflichen Wiedereingliederung.
Medizinische Anamnese/ Teilhabeproblematik:	Bei Aufnahme 23-jährige Rehabilitandin, bereits seit der Ausbildung wiederholt Hüftschmerzen, ambulante Therapien ohne wesentlichen Erfolg, seit 7 Monaten AU nach starken Hüftschmerzen mit Ausstrahlung bis in die Wade, zusätzliche depressive Symptomatik
Diagnose:	Schnappende Hüfte bds., links führend, Coxalgien bds., Geringe Hüftdysplasie links, Reaktive depressive Verstimmung
Berufsbezogene Anamnese/ Teilhabeproblematik:	Hauptschulabschluss, Ausbildung Bürokauffrau abgebrochen wg. Insolvenz d. Ausbildungsbetriebes, anschl. Ausbildung zur Altenpflegehelferin m. A., danach 4 Jahre Tätigkeit im Beruf mit großer Begeisterung. Sehr hohes, unrealistisches Interesse, in den erlernten Beruf zurückzukehren, bei gegebener Realität, dies gesundheitlich nicht mehr leisten zu können.
Aufnahmebefund:	Eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit und -stabilität, starke Probleme/Schmerzen beim Heben und Lagern, deutliche Resignationstendenzen, leichte Reizbarkeit und Angespanntheit, ausgeprägte Besorgtheit bzgl. sozialer Absicherung. Negative gesundheitsbedingte Erwerbsprognose im erlernten Beruf Schuldenlast, verheiratet, keine Kinder, sehr angespannte Beziehungskonstellation (Gewalterfahrungen bevorstehende Trennung)
Rehabilitationsverlauf der medizinisch-beruflichen Reha:	» Vier Wochen Rehaaufenthalt, intensive Therapie mit Krankengymnastik, MTT, Muskelkräftigung, Entspannungs-Therapie, Schmerzedukation und psychologische Unterstützung » LTA Empfehlung, integrierte 1-wöchige Eignungsabklärung und Arbeitserprobung im kaufmännischen Bereich, Patientin trauert dem Pflegeberuf sehr nach, will weiterhin im Gesundheitswesen arbeiten, Empfehlung einer Umschulung zur Kauffrau im Gesundheitswesen » Teilnahme am Nachsorgeprogramm IRENA » Im Anschluss: Reha-Vorförderlehrgang zur Aufschulung von Defiziten in Mathematik/ Rechnen sowie intensiver psychologischer Begleitung (Bewältigung Abschied vom geliebten Beruf, Trennung vom Ehemann) » Behebung der Finanziellen Probleme durch Vermittlung Schuldnerberatung » Umschulung zur Kauffrau Gesundheitswesen, erfolgreicher Abschluss » Vermittlung Einarbeitungspraktikum
Rehabilitationsergebnis:	Erfolgreiche berufliche Reintegration mit neuem Beruf: Unbefristete Stelle als Kauffrau im Gesundheitswesen in Sanitätshaus.

LITERATUR

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Hrsg. (2011): Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Frankfurt/M.: BAR, 2011
2. Deutsche Akademie für Rehabilitation/ Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2010): REHAFUTUR. Anlagen zum Abschlussbericht.
3. Petermann F. (2008) Prozess- und Ergebnisqualität in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Präv./Rehab* (20), 168–174
4. Spranger M., (2008): Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase-2-Einrichtung. *Präv./Rehab* (20), 193–197
5. Schönle P.W., Lecheler J. (Hrsg.) (2007): Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation — Grundlagen, Praxis, Perspektiven. Rehabilitationswissenschaftliche Reihe Band V, Hippocampus Verlag ISBN 978-3-936817-25-6
6. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/
7. Rollnik, J. D., Sailer, M., Kiesel, J. et. al. (2014): Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEMBER). *Die Rehabilitation*, Jg. 53, Nr. 2, 87 — 93
8. Rollnik, J. D.; Riedel, K. Schmiedel, B. (2013): Qualitätsanforderungen an Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, Jg. 25, 1/2013, 14–17
9. Kulke H., Schupp W (2011): Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation unter Einbindung des realen Arbeitsplatzes — Erste katamnestische Daten. *DRV-Schriften Bd. 93*, Berlin, 218 — 220

AUTOREN

Dorsch, Dr. Ulrich	CJD Berchtesgaden
Keck, Thomas	Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Kulke, Dr. Hartwig	m&i-Fachklinik, Herzogenaurach
Lecheler, Dr. med. Josef	CJD Verbund Bayern
Liebich, Dr. rer. medic. Eric	Neurologisches Rehabilitationszentrum, Godeshöhe e.V.
Mehrhoff, Dr. jur. Friedrich	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Nordmann, Andrea	Zentrum Beruf + Gesundheit, Bad Krozingen – Freiburg
Rixecker, Dr. med. Dorothee	ATZ/RPK, Saarbrücken
Sailer, Prof. Dr. med. Michael	MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg
Schupp, Dr. med. Wilfried	m&i-Fachklinik, Herzogenaurach

unter Mitwirkung des

**Arbeitskreises „Berufliche Rehabilitation“ der
Bundesarbeitsgemeinschaft mbReha Phase II**

Gestaltung: zeichensetzen Medienagentur



**Bundesarbeitsgemeinschaft der
medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen**

(BAG MBR Phase II)

MEDIZIN & BERUF

Neue Perspektiven in
Rehabilitation & Teilhabe