

Qualitätsanforderungen an Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)

J.D. Rollnik¹, K. Riedel² und B. Schmiedel³

¹Institut für neurorehabilitative Forschung (InFo) der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover,

²Median-Klinik NRZ Magdeburg, ³Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg gGmbH, Wahlsburg

Schlüsselwörter

medizinisch-berufliche Rehabilitation – MBR – Phase II – Qualitätsanforderungen

Key words

medical-occupational rehabilitation – Phase II – quality requirements

Qualitätsanforderungen an Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)

Die vorliegende Publikation stellt Qualitätsanforderungen für Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation dar. Die Anforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft MBR Phase II am 08.05.2012 beschlossen.

Quality requirements for medical-occupational rehabilitation centers (Phase II)

The paper describes quality requirements for medical-occupational rehabilitation centers. The demands on quality have been approved by the Federal Medical-Occupational Rehabilitation Council May 5, 2012.

Einleitung

Einrichtungen der Phase II sind über die Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (BAG MBR Phase II) organisiert (<http://www.mbreha.de>) und bilden ein flächendeckendes und indikationsübergreifendes Versorgungsnetz in der Bundesrepublik Deutschland [1]. Unter Einbindung der BAG MBR Phase II wurden 2011 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) „Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie“ publiziert [2], die eine ganz wesentliche Basis für qualitätsbezogene Anforderungen an medizinisch-berufliche Rehabilitationseinrichtungen darstellen.

Die Bedeutung von Phase-II-Einrichtungen wird in Anbetracht des demografischen Alterungsprozesses der bundesdeutschen Bevölkerung und damit verbundenen Herausforderungen bei der beruflichen Teilhabe eher noch steigen [3]. Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist sich ihres gesetzlichen Auftrags, nämlich der Wiedererlangung beruflicher Teilhabe für ihre Versicherten, zunehmend bewusst, sodass ein MBOR-Konzept entwickelt wurde, das flächendeckende Basisleistungen (Stufe A) in der Anschlussrehabilitation (AHB) sowie Schwerpunkteinrichtungen bei „besonders ausgeprägten beruflichen Problemlagen“ (Stufen B und C) vorsieht [4, 5]. Einrichtungen der Phase II sind aufgrund ihrer besonderen personellen und strukturellen Voraussetzungen (z.B. durch das Vorhalten von Werkstätten sowie die Beschäftigung von Berufstherapeuten und Pädagogen) [6, 7] seit Jahrzehnten in der Lage, den Anforderungen der Stufen B und C in der medizinischen Rehabilitation gerecht zu werden; damit sind sie „MBOR-Schwerpunkteinrichtungen“ im Sinne der DRV.

In Anbetracht der wachsenden Bedeutung der beruflichen Teilhabe war es der BAG MBR Phase II ein wichtiges Anliegen, Qualitätsanforderungen zu definieren, die an Phase-II-Einrichtungen anzulegen und auch bei der Neuaufnahme von Mitgliedern zu berücksichtigen sind. Nach Mitgliederbeschluss vom 16.11.2010 wurde ein „Ausschuss Qualität“ gegründet, der seine Arbeiten zur Definition von Qualitätsanforderungen am 07.04.2011 abschloss. Mitglieder dieses Ausschusses waren die in

der Autorenliste genannten Personen. Nach ausführlicher Diskussion in den Mitgliedseinrichtungen wurden die Qualitätskriterien für die Aufnahme neuer Einrichtungen in die BAG MBR Phase II in der Mitgliederversammlung vom 08.05.12 beschlossen. Die vorliegende Publikation stellt die Qualitätskriterien übersichtlich dar.

Vorbemerkungen

Die von der BAR ausgeführten Grundsätze zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie [2] haben nach Ansicht der Autoren indikationsübergreifenden Empfehlungscharakter und wurden daher ausdrücklich in die Definition von Qualitätsstandards einbezogen. Nach Ansicht der Autoren ist es auch selbstverständlich, dass eine Einrichtung der MBR Phase II über eine BAR-konforme Zertifizierung verfügen muss. Dieses Erfordernis ergibt sich aus den gesetzlichen Anforderungen (§ 20 Abs. 3 SGB IX). Daher sehen die Autoren die von der BAR gemachten Zertifizierungsvorgaben auch als verbindlich für Einrichtungen der Phase II an.

Qualitätskriterien

Die im Folgenden aufgeführten Qualitätskriterien beziehen sich auf Items des Antrags auf Mitgliedschaft in der BAG MBR Phase II. Dabei handelt es sich – wie in zahlreichen Zertifizierungsverfahren vorgesehen – um eine Selbstbewertung, die dann anhand der nachfolgend genannten Kriterien durch eine Visitation vor Ort überprüft wird (Fremdbewertung). Die genannten Qualitätskriterien umfassen vorrangig Aspekte der Struktur- und Prozessqualität.

Leistungsspektrum von medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentren der Phase II (A.2.1 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Ein medizinisch-berufliches Rehabilitationszentrum muss eingebettet sein in ein integriertes indikationsspezifisches Rehabilitationsmodell. Hierzu zählt, dass Maß-

nahmen der Phase I wie auch der Phase III im eigenen Haus durchgeführt werden oder eine gelebte Kooperation mit Einrichtungen der Phase I (Akutversorgung und medizinische Rehabilitation) wie auch der Phase III (berufliche Rehabilitation) existiert. Diese gelebte Kooperation muss im Rahmen einer Vorort-Visitation nachgewiesen werden und beinhaltet beispielsweise gemeinsame medizinisch-berufliche Fallkonferenzen.

Qualifikation des ärztlichen Leiters (B.1.2 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Da auch in der Phase II ein erheblicher medizinischer Aufwand zu leisten ist, muss der Leiter der Einrichtung auch zwingend ein approbierter Arzt sein. Analog zu den „Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie“ der BAR (3.2.5 Ärztliche Leitung und Verantwortung in der Einrichtung) [2] wird vom ärztlichen Leiter als *conditio sine qua non* eine zum entsprechenden Indikationsbereich passende Facharztqualifikation gefordert (z.B. in einer psychiatrischen Einrichtung der Facharzt für Psychiatrie). Angelehnt an die BAR-Empfehlungen wird auch eine mindestens 3-jährige vollzeitige Erfahrung in einer Rehabilitationseinrichtung gefordert [2]. Die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ ist aufgrund der zu fordernden sozialmedizinischen Kompetenz des ärztlichen Leiters ausdrücklich erwünscht. Wenn diese Zusatzbezeichnung jedoch nicht vorgelegt werden kann, so muss der ärztliche Leiter zumindest den in der ärztlichen Weiterbildungsordnung vorgesehenen Grund- und Aufbaukurs „Sozialmedizin“ absolviert haben [8].

Besetzung der beteiligten Dienste (B.2 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Im Hinblick auf den Personalschlüssel wird ausdrücklich auf das Heft 4 („Pflegerische und therapeutische Dienste – ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und pädagogischer Bereich“) der BAG MBR Phase II verwiesen [6]. Entscheidend ist, dass es sich bei den Mitarbeitern der beteiligten Dienste um Stammmitarbeiter und nicht lediglich um Ho-

norarkräfte handelt. Pädagogen sind in solchen Einrichtungen vorzuhalten, die jüngere Rehabilitanden betreuen, bei denen eine schulische/berufsschulische Reintegration geplant ist.

Intensität und Spektrum der Therapien (B.3 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Die berufstherapeutischen und berufspädagogischen Therapien müssen im Verlauf der medizinisch-beruflichen Rehabilitation je nach Belastbarkeit des Rehabilitanden einen immer größeren Raum einnehmen. Sie sind so weit zu steigern, bis sie vom Umfang her auch eine valide sozialmedizinische Einschätzung zur Belastbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (leidensgerechte Tätigkeiten) bzw. für die letzte berufliche Tätigkeit ermöglichen. Die im Antrag auf Mitgliedschaft genannten begleitenden Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, rehabilitative Pflege, Sozialdienst, Psychologie) müssen zwingend in Form von fest angestellten Mitarbeitern vorgehalten werden. Wie bereits oben dargestellt, sind zusätzlich auch Pädagogen zu beschäftigen, wenn Einrichtungen jüngere Rehabilitanden betreuen, bei denen eine schulische/berufsschulische Reintegration angestrebt wird.

Berufliche Maßnahmen der Phase II (C.1 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Berufliche Maßnahmen sind in der Regel in der eigenen Klinik bzw. dem eigenen Rehabilitationszentrum durchzuführen. Wo dies nicht möglich ist, muss eine Zusammenarbeit mit einer externen Phase-III-Einrichtung nachgewiesen werden, die „gelebt“ wird. Diese „gelebte“ Kooperation muss von Visitoren nachvollzogen werden können, zum Beispiel durch gemeinsame Fallkonferenzen.

Angebotene Berufsfelder (C.5 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Aus den genannten Berufsbereichen sind mindestens 3 in einer Einrichtung abzudecken:

- Garten- und Landschaftsbau
- Gesundheitswesen
- Informations- und Telekommunikationstechnik
- Medien- und Druckindustrie
- Sozialwesen
- gewerbliche Berufe (z.B. Elektro, Metall, Holz)
- Dienstleistungen
- kaufmännische und Verwaltungsberufe
- Zeichner, Techniker
- Farbgebung und Raumgestaltung

Assessment-Verfahren (D.1.2 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Analog zu den BAR-Empfehlungen [2] sind Fähigkeits- und Anforderungsvergleiche (Profilvergleiche), zum Beispiel IMBA, in einer Einrichtung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation zwingend durchzuführen. Hierzu gehört auch, dass das Personal, das diese Assessment-Verfahren anwendet, Schulungsmaßnahmen zu den Verfahren nachweisen kann.

Qualitätssicherung (D.4 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung ist bereits i.R. der BAR-konformen Zertifizierung nach § 20 SGB IX vorauszusetzen. Im Hinblick auf die Strukturqualität (räumliche und apparative Ausstattung, D.4.2) wird auf das Kriterium 3.2.8 der BAR-Empfehlungen verwiesen [2]. Danach ist die räumliche Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung baulich und technisch barrierefrei [2]. Sie muss auch die Umsetzung des Rehabilitationskonzepts in allen Bereichen ermöglichen. Im arbeitstherapeutischen Bereich sind geeignete Räumlichkeiten vorzuhalten, die den angebotenen Berufsfeldern gerecht werden (insbesondere Werkstätten) [2].

Zur fachlichen Supervision und internen Qualitätssicherung muss die Phase-II-Einrichtung unter ärztlicher Leitung (Qualifikationsmerkmale: siehe oben) mit mindestens 3-jähriger vollzeitiger rehabilitativer Erfahrung stehen (D.4.3). Das Rehabilitationsonsteam (D.4.4) muss aus fest angestellten

Fachkräften und nicht aus Honorarkräften bestehen, die festgelegten Richtgrößen [6] sind verbindlich.

Prozess- und Ergebnisqualität (D.5 und D.6 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Ein Zentrum der medizinisch-beruflichen Rehabilitation muss über ICF-basierte einrichtungsspezifische Rehabilitationskonzepte verfügen. Hierzu zählen ICF-basierte Assessments sowie daraus abgeleitete Therapiepläne. Im Hinblick auf die sonstigen Erfordernisse der Prozess- und Ergebnisqualität wird ausdrücklich auf die Kriterien verwiesen, die im Rahmen einer BAR-konformen Zertifizierung gemäß § 20 SGB IX von einer Einrichtung nachzuweisen sind.

Dokumentation (D.7 des Antrags auf Mitgliedschaft)

Im Hinblick auf die Dokumentation sind sinngemäß die „Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie“ der BAR zugrunde zu legen [2]. Die hier genannten Anforderungen führen aus, dass für jeden Rehabilitanden eine Dokumentation anzulegen ist, aus der alle rehabilitationsrelevanten Diagnosen, Befunde sowie durchgeführte/geplante Therapieformen und der Leistungsstand entnommen werden können. Die Dokumentation muss die besonderen Merkmale medizinisch-beruflicher Rehabilitation individuell abbilden. Hierzu gehören der Rehabilitationsplan, die Teilnahmedokumentation, sämtliche anamnestischen Daten, klinische Befunde, das übergeordnete Rehabilitationsziel, eine Bewertung des Rehabilitationserfolges, Zwischenberichte, die Organisation nachgehender Leistungen sowie der Entlassungs- bzw. Abschlussbericht mit Empfehlung zur Wiedereingliederung in das soziale/berufliche Umfeld.

onszentrums (Phase II). Rehabilitation (Stuttg). 2011; 50: 37-43. [CrossRef PubMed](#)

- [2] *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)*. Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie. Frankfurt 2011. Abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de>.
- [3] *BMAS*. Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“. Ausgabe 1: Entwicklung des Arbeitsmarkts für Ältere. Berlin 2012. Abrufbar unter: <http://www.bmas.de>.
- [4] *Deutsche Rentenversicherung Bund*. Positionspapier Rehabilitation 2010. Berlin 2010. Abrufbar unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.
- [5] *Streibelt M*. Medizinisch-Beruflich Orientierte Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Überlegungen zu einem Anforderungsprofil für MBOR-Schwerpunkteinrichtungen. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin 2010. Abrufbar unter: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de>.
- [6] *Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren*. Pflegerische und therapeutische Dienste – ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und pädagogischer Bereich. Heft 4. Bonn 1991.
- [7] *Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationszentren*. Berufstherapie und berufliche Förderung. Heft 7. Bonn 1992.
- [8] *Bundesärztekammer*. Muster-Kursbuch Sozialmedizin. Methodische Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalte sowie Lernziele für den Grund- und Aufbaukurs in der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 und den (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 30.04.2004.

Prof. Dr. med. J.D. Rollnik
Institut für neurorehabilitative Forschung (InFo)
der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf
Greitstraße 18 – 28
D-31840 Hessisch Oldendorf
prof.rollnik@bdh-klinik-hessisch-oldendorf.de

Literatur

- [1] *Rollnik JD, Allmann J*. Berufliche Teilhabe von neurologischen Rehabilitanden – Langzeitergebnisse eines medizinisch-beruflichen Rehabilitati-