Konzept der salus klinik Lindow Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik

R. Cina & R. Schöneck
Stand: Oktober 2023

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

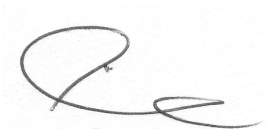
Änderungshistorie

Datum	Seite	Autor
02.11.15	Fertigstellung	jlr, rca
16.07.16	Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV	jlr
08.11.16	Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV	jlr
24.02.17	Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV	jlr
12.06.17	Einsparungen	jlr
28.06.17	Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV S. 16, 17, 18, 32, 48	jlr
01.11.19	1, 2, 3, 6, 16, 33, 47	rsk
02.11.20	1, 2, 3, 18, 49, 53, 54	rsk
04.11.21	1, 2, 8, 18, 36, 44, 53	rsk
26.10.22	3, 22, 54, 55	rsk
18.10.2023	3, 14, 26, 33, 45, 53	rsk

Vorwort

Die heutige Arbeitswelt ist immer weniger durch körperliche Belastung als vielmehr durch psychische Beanspruchung gekennzeichnet. Von Beschäftigten werden insbesondere Flexibilität, stetiges Umlernen, Teamarbeit und gleichbleibende Freundlichkeit und Zuwendung im Umgang mit Gästen bzw. Kunden erwartet. Als besondere Belastung wird hierbei erlebt, selbst bei unberechtigter Kundenkritik den eigenen Gefühlen nicht Ausdruck verleihen zu können. Gleichzeitig nehmen psychische Erkrankungen bei Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Anträgen auf Frühberentung einen immer größeren Anteil ein. Entsprechend zeigten sich ca. 70 Prozent unserer Rehabilitanden auch unzufrieden mit ihrer aktuellen Arbeitssituation und ca. 11 Prozent hatten einen Antrag auf Frühberentung gestellt (Lindenmeyer und Kolling, 2012). Laut DRV-Bericht zur Rehabilitandenstruktur 2015 unserer Psychosomatikabteilung waren 39% mit sechs und mehr Monaten arbeitsunfähig.

Vor diesem Hintergrund waren die soziale Reintegration und (Wieder)-Teilhabe am Arbeitsleben schon immer eine besondere Schwerpunktsetzung des Therapiekonzepts in unserer Psychosomatikabteilung (Schöneck und Cina, 2023). Hierbei konnten wir über viele Jahre zeigen, dass wir auf diese Weise den Anteil der Rehabilitanden mit Fehlzeiten am Arbeitsplatz im ersten Jahr nach Behandlungsende um jeweils 15-22% gegenüber dem letzten Jahr vor der Behandlung senken konnten. Wir haben unser berufsorientiertes Behandlungskonzept nunmehr auf der Grundlage der durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) entwickelten Konzeption medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) (DRV, 2012) systematisch ergänzt und weiterentwickelt.



R. Cina
Leitender Arzt

R. Schöneck
Direktor

Gliederung

		Seite
1.	**Einführung**	**06**
1.1	Definition der MBOR Zielgruppe	07
1.2	Indikationskriterien	09
1.3	Kontraindikationen	10
1.4	Therapieziele	10
1.5	Darstellung der Integration in sonstige Therapien/ Schulungen/Untersuchungen	13
2.	**Einrichtungsbezogene Struktur zur Durchführung von MBOR**	**15**
2.1	Raumkonzept und Ausstattung	15
2.2	MBOR Personalausstattung	17
3.	**Einrichtungsbezogene Organisation der MBOR**	**19**
3.1	Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug im Einladungsschreiben	19
3.2	Zusammensetzung und Organisation der MBRO-Zielgruppen zugeordneten Teams	19
3.3	Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen	19
3.4	Zusammenarbeit mit externen Institutionen / Organisation Der Belastungserprobung	21
4.	**Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik**	**24**
4.1	Medizin	24
4.2	Psychologie	25
4.3	Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik	26
4.4	Arbeitsplatzanalyse	27
4.5	Arbeitslosigkeitsanalyse	28
4.6	Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils	29
5.	**Medizinisch-beruflich orientierte Beratung und Therapie**	**31**
5.1	Ärztliche Aufgaben	31
5.2	(Begrüßungs-)Vorträge	33
5.3	Berufs- und Sozialberatung	34
5.4	Berufsbezogene Gruppen der Psychotherapie und Sozialarbeit	35
5.5	MBOR-Ansätze mit ihren Bausteinen und Spezialisierung in der Ergotherapie	38
5.6	Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze	39
5.7	Arbeitsplatztraining und Arbeitserprobung	40

5.8 Physiotherapie und Bewegungstherapie 41
5.9 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge 46

6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung 48

7. Therapieplanung 50

8. Qualitätssicherung 53

Literatur 54

1. Einführung

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (DIMDI, 2005) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität), sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung auch nicht mehr auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen, psychosomatischen Erkrankungen auch häufig nicht mehr vollständig möglich. Vielmehr müssen sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben richten, wie dies zum Beispiel mit Einführung des SGB IX im Jahre 2001 bereits für alle Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschrieben wurde (vgl. Abbildung 1).

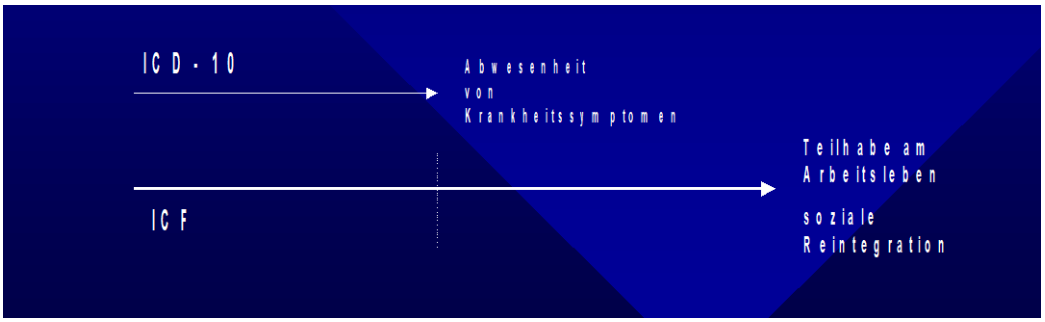


Abb. 1: Der erweiterte Gegenstand von Psychosomatikbehandlung: Ziel des SGB IX ist nicht mehr nur die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen nach ICD-10 sondern die Überwindung/Kompensation der durch sie bedingten sozialen Behinderung nach ICF.

Vor diesem Hintergrund gilt es in der psychosomatischen Behandlung vielmehr, einen teilhabebezogenen, ressourcenorientierten Entwicklungsprozess anzustoßen, der zeitlich weit über die stationäre Behandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen bedeutete dies bislang, dass im Einzelfall eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses erfolgen musste (vgl. Abbildung 2).

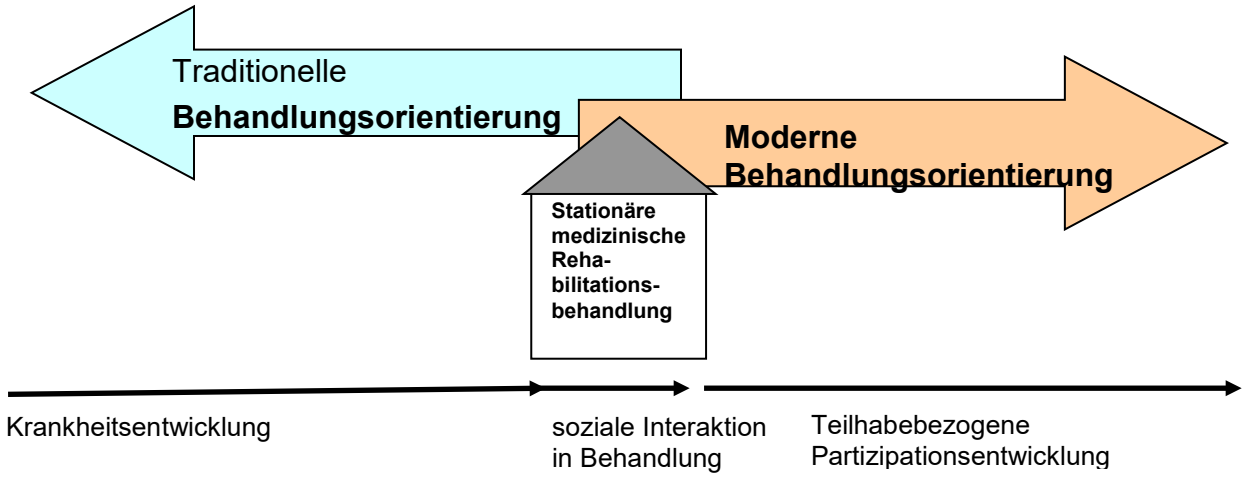


Abb. 2: Veränderte Behandlungsorientierung: Die Schwerpunkte einer psychosomatischen Behandlung lagen früher auf der Auseinandersetzung mit der Krankheitsentwicklung und dem aktuellen Interaktionsverhalten der Rehabilitanden im Rahmen der Therapie. Heute liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der teilhabeorientierten Partizipationsentwicklung, die weit über die eigentliche Therapie hinausreicht.

Die von der Deutschen Rentenversicherung angestoßene Konzeption der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ermöglicht nunmehr die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten von arbeitsplatzbezogenen und ressourcenorientierten Basis- und Kern-Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt.

1.1 Definition der MBOR Zielgruppe

Eine Auswertung der DRV eigenen Zahlen ergab, dass etwa die Hälfte aller Rehabilitanden in einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung besondere berufliche Problemlagen (BBPL) aufweist und/oder eine deutliche Diskrepanz zwischen beruflicher Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld zeigt (Hillert, 2008).

Es stellt eine hilfreiche Erweiterung unserer bisherigen differentiellen Bemühungen dar, Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) genauer zu definieren, denen in systematischer und expliziter Form im Rahmen einer gesonderten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) spezifische Therapieangeboten zu unterbreiten sind. In Anlehnung an die BORA-Zielgruppen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (DRV, 2015) unterscheiden wir folgende Zielgruppen für eine indikationsgeleitete medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR):

MBOR-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit

- die vor Aufnahme lange AU-Zeiten aufweisen und/oder
- die von sich behaupten, dass sie den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen sind und/oder
- die aus sozialmedizinischer Sicht eine berufliche Veränderung benötigen und/oder
- die unter einem Arbeitsplatzkonflikt leiden.

Hier ist eine spezifische Erfassung der individuellen berufsbezogenen Problemlage erforderlich, um daraus einen spezifischen Behandlungsansatz zur erfolgreichen Rückkehr an ihren Arbeitsplatz ableiten zu können.

MBOR-Zielgruppe 2: Rehabilitanden, die einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Rentenantrag gestellt haben.

Hier ist eine spezifische Beurteilung der Leistungsfähigkeit in Form von Arbeitserprobungen erforderlich, um den Rehabilitanden fundiert beraten zu können und gegebenenfalls gezielte therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit ableiten zu können.

MBOR-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I).

- die vor Aufnahme lange Krankheitsverläufe haben und/oder
- die von sich behaupten, dass sie den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen sind und/oder
- die aus sozialmedizinischer Sicht eine berufliche Veränderung benötigen.

Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um daraus einen spezifischen Behandlungsansatz zur erfolgreichen Arbeitsplatzsuche ableiten zu können.

MBOR-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II).

Auch hier ist eine systematische Erfassung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um daraus einen spezifischen Behandlungsansatz zur beruflichen Reintegration ableiten zu können.

MBOR-Zielgruppe 5: Hierzu zählen schließlich zum Beispiel Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige nicht erwerbstätige Rehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen beruflichen Neigungen und Potentiale erforderlich, um daraus einen spezifischen Behandlungsansatz zur beruflichen Reintegration ableiten zu können.

Die Festlegung, welche RehabilitandInnen in welcher der Kategorien gehören, bedarf einer differenzierten klinisch-sozialmedizinischen Sichtung aller berufsbezogenen Aspekte, die im Rahmen einer Abklärung (MBOR-Basis) während der Anfangsphase der stationären

Rehabilitationsleistung stattfinden soll. Hierzu erfolgt bereits am Tag 2 eine oberärztliche bzw. Visite durch den Leitenden Arzt.

1.2 Indikationskriterien

Eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist bei den oben genannten 5 MBOR Zielgruppen angezeigt. Die MBOR-Indikation kann vom Leistungsträger festgelegt werden. Sie kann aber auch während der Diagnostikphase zu Beginn der stationären Rehabilitation festgestellt werden. In diesem Falle wird bei bestehender Motivation und Einverständnis des Rehabilitanden eine „Umschreibung“ beim Leistungsträger beantragt.

Generell aufgenommen werden können in der Abteilung Psychosomatik der salus klinik Lindow volljährige Frauen und Männer mit vorliegendem Bewilligungsbescheid der Rentenversicherungsträger bzw. mit Kostenzusage der Krankenkassen oder als Privatzahler, die unter einer oder mehrerer Störungen aus folgenden Bereichen leiden:

- Essstörung (F50.x und E66 nach ICD-10)
- Pathologischer PC-/Internetgebrauch (F68.8 nach ICD-10)
- Pathologisches Glückspiel (F63.0 nach ICD-10)
- schädlicher Gebrauch von Alkohol oder Medikamente (F10.1, F11.1, F13.1, F19.1 und F55 nach ICD-10)
- Depression (F3x.x nach ICD-10)
- Anpassungsstörungen (F43.x nach ICD-10)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.x nach ICD-10)
- Angst- und Zwangserkrankungen/ Phobien (F40.x, F41.x, F42.x nach ICD-10)
- chronische Schmerzsyndrome (F45.8, G.43.x, G.44.x nach ICD-10)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10)

Für bestimmte körperliche Erkrankungen gibt es zudem, besondere Behandlungsangebote:

- Diabetes mellitus
- Adipositas

Voraussetzung für die Behandlung ist in jedem Fall die in der Regel durch den Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und eine ausreichend günstige Rehaprognose eines Rehabilitanden.

Eine fragliche Behandlungsindikation kann in Absprache mit dem Vorbehandler bzw. dem Leistungsträger durch ein Vorgespräch in der Klinik abgeklärt werden.

1.3 Kontraindikationen

Eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist innerhalb der begrenzten stationären Therapiezeit nicht indiziert bei Rehabilitanden, bei denen die Voraussetzungen hierzu aufgrund körperliche oder psychischer Problemlagen (noch) nicht gegeben sind. Beispiele hierfür sind u.a.:

- Traumatisierte Rehabilitanden, die unter ständigen Flashbacks oder Dissoziationen leiden
- Rehabilitanden mit stark gestörtem Interaktionsverhalten (Impulsivität, Aggression, Misstrauen) oder parasuizidalem Verhalten aufgrund einer Persönlichkeitsstörung
- Essgestörte Rehabilitanden mit starkem Untergewicht und entsprechend eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten
- Rehabilitanden mit starken körperlichen Einschränkungen (Schmerzen, Herzrhythmusstörungen)
- Rehabilitanden mit stark einschränkendem Zwangsverhalten oder angststörungsbedingtem Vermeidungsverhalten
- Rehabilitanden während des Ausschleichens von Medikamenten mit Suchtpotential

In all diesen Fällen ist zunächst eine Konzentration der Behandlungsbemühungen auf die primären Störungsbereiche erforderlich, bevor bei ausreichender Stabilisierung mit der Teilnahme an berufsorientierten Basisangeboten ohne MBOR-Umschreibung durch die Leistungsträger begonnen werden kann.

Außerdem sind berufsorientierte Rehamaßnahmen nicht indiziert bei Rehabilitanden mit dauerhafter Berentung und bei Rehabilitanden ohne berufsbezogene Problemlagen.

1.4. Therapieziele

Hauptziel jeder Rehabilitationsmaßnahme ist die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im Falle von Rehabilitanden mit psychosomatischen Beschwerden bedeutet dies 2 ineinandergreifende Unterziele:

1) **Überwindung/Linderung der psychosomatischen Beschwerden**: Die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden kann sowohl dadurch gefährdet bzw. beeinträchtigt sein, dass sie ihre Beschwerden zu lange negieren als auch dadurch, dass sie durch ungünstiges Schon- bzw. Vermeidungsverhalten zur Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden beitragen. Insofern zielt eine Rehabilitationsleistung in erster Linie auf die Überwindung bzw. Linderung der psychosomatischen Beschwerden durch störungsspezifische Therapiekonzepte ab. Hinsichtlich eines berufsbezogenen Rehabilitationskonzepts bedeutet Erwerbsfähigkeit, dass Rehabilitanden Belastungen und Konflikte im beruflichen Kontext (wieder) angemessen bewältigen können. Spezifische berufliche Risikosituationen sind hierbei u.a.:
   - Überforderung: Heutige Arbeitsplätze sind zunehmend weniger durch körperliche Belastung als vielmehr durch psychischen Stress gekennzeichnet. Viele Beschäftigte sind einem erheblichen Qualifikationsdruck durch immer neue Informationstechnologien, der verstärkten Erwartung zu Flexibilisierung und der zunehmenden Bedrohung durch Arbeitslosigkeit in Form einer „Erosion der Vollzeitarbeitsverhältnisse“ und einer „Fragmentierung stabiler Berufsbiografien“ ausgesetzt (Zielke, 2000). Es stellt ein besonderes Risiko dar, wenn Beschäftigte auf diese Situation mit einer Verausgabung und einer unökonomischen Aktivität reagieren.
   - Anhaltende oder drohende Arbeitslosigkeit: In einer Vielzahl von Studien konnte ein verstärktes Auftreten von psychosomatischen Beschwerden bei Arbeitslosigkeit festgestellt werden.

2) Erhalt bzw. Steigerung der beruflichen und sozialen Teilhabe: Umgekehrt verschwinden die sozialen und arbeitsplatzbezogenen Problemlagen in der Regel nicht von selbst, wenn eine Linderung bzw. Bewältigung der psychosomatischen Beschwerden erzielt werden konnte. Teilweise sind die Arbeitsbeziehungen durch die anhaltende Krankheitsentwicklung erheblich konfliktbelastet, teilweise müssen eingetretene negative berufliche Veränderungen mühsam beseitigt werden. Schließlich lassen sich manche negative Folgen wie Kündigung, Schulden nicht wieder rückgängig machen. Ein wesentliches Ziel einer Rehabilitationsleistung ist daher, wieder so viel berufliche und soziale Teilhabe wie möglich zu erzielen.

Eine stabile Veränderungsmotivation ist bei der Mehrzahl der Rehabilitanden bei Klinikaufnahme nicht gegeben. Insbesondere ist die Motivation zu einer arbeits- und berufsbezogenen Therapie anfänglich in der Regel nicht gegeben. Im Gegenteil erwarten viele Rehabilitanden hier eine Erholung von allen berufsbezogenen Belastungen, die sie unter den

Schlagworten „Mobbing“ oder „Burnout“ für die Entstehung ihrer Beschwerden verantwortlich machen. Insofern muss die Auseinandersetzung mit dem Berufsumfeld und den Auswirkungen der eingeschränkten Gesundheit am Arbeitsplatz bzw. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erst geweckt und gefördert werden. Die Erzeugung bzw. Förderung der entsprechenden Veränderungsmotivation ist somit integraler Bestandteil unseres Behandlungskonzepts.

Hinsichtlich einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation lassen sich über die allgemeinen Rehabilitationsziele hinaus spezifische Therapieziele für die 5 MBOR Zielgruppen ableiten:

MBOR-Zielgruppe 1: Hier ist eine spezifische Erfassung der individuellen berufsbezogenen Problemlage erforderlich, um daraus gemeinsam mit den RehabilitandInnen spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur:

- Sicherung des Arbeitsplatzes
- Überwindung berufsbezogener Einschränkungen
- Stärkung berufsbezogene Ressourcen
- Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz (inkl. Umsetzung, Beantragung von Hilfsmitteln, schrittweise Wiedereingliederung)
- Unterstützung beim Antrag zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

MBOR-Zielgruppe 2: Hier ist eine spezifische Beurteilung der Leistungsfähigkeit mithilfe von Arbeitserprobungen erforderlich, um die RehabilitandInnen qualifiziert beraten zu können und gegebenenfalls gezielte Behandlungsmaßnahmen ableiten zu können zur:

- Überwindung berufsbezogener Einschränkungen
- Reduktion von Schmerzen
- Verbesserung der Wegefähigkeit
- Erproben subjektiv zufrieden stellender Aktivitäten im Bereich der Arbeit
- Verbesserung der Kondition und Koordination
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

MBOR-Zielgruppe 3: Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen berufsbezogenen Einschränkungen und Vermittlungshemmnisse erforderlich, um daraus gemeinsam mit den RehabilitandInnen spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur

- Entwicklung einer realistischen erwerbsbezogenen Perspektive
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens (im Sinne der Kriterien von MELBA)
- Optimierung der Arbeitssuche
- Überwindung von Vermittlungshemmnissen
- Stärkung berufsbezogener Ressourcen

MBOR-Zielgruppe 4: Auch hier ist eine systematische Erfassung und wo möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich. Da aber mit einer längeren Zeit weiterer Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung zu rechnen ist, geht es gleichzeitig auch darum, die RehabilitandInnen für Praktika, sozialem Engagement oder Nachbarschaftshilfe zu bewegen, um auf diese Weise ihre Erwerbsfähigkeit und Arbeitsorientierung weiter gezielt zu fördern und über diesen Umweg eine Rückkehr in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Die gemeinsam mit den RehabilitandInnen zu vereinbarenden Behandlungsmaßnahmen dienen entsprechend zur:

- Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen,
- Realistischen Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens,
- Optimierung der Arbeitssuche,
- Aktivierung zu Praktika,
- Überwindung von Vermittlungshemmnissen,

MBOR-Zielgruppe 5: Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen beruflichen Neigungen und Potentiale erforderlich, um daraus gemeinsam mit dem Rehabilitanden spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur

- Entwicklung einer realistischen erwerbsbezogenen Perspektive
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens (im Sinne der Kriterien von MELBA)
- Optimierung der Arbeitssuche
- Überwindung berufsbezogener Einschränkungen
- Stärkung berufsbezogener Ressourcen

1.5. Darstellung der Integration in sonstige Therapien/Schulungen/Untersuchungen

Angesichts des hohen Anteils von Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemlagen haben wir darauf verzichtet, nunmehr einen gesonderten Bereich für MBOR-Zielgruppen in der Klinik zu schaffen, sondern uns dazu entschieden, die derzeitig in der Klinik für alle Rehabilitanden geltende Teilhabeorientierung durch neue, zusätzliche MBOR-spezifische Basis- und Kernbehandlungsangebote strukturell auszubauen und personell zu erweitern (vgl. Abbildung 3).

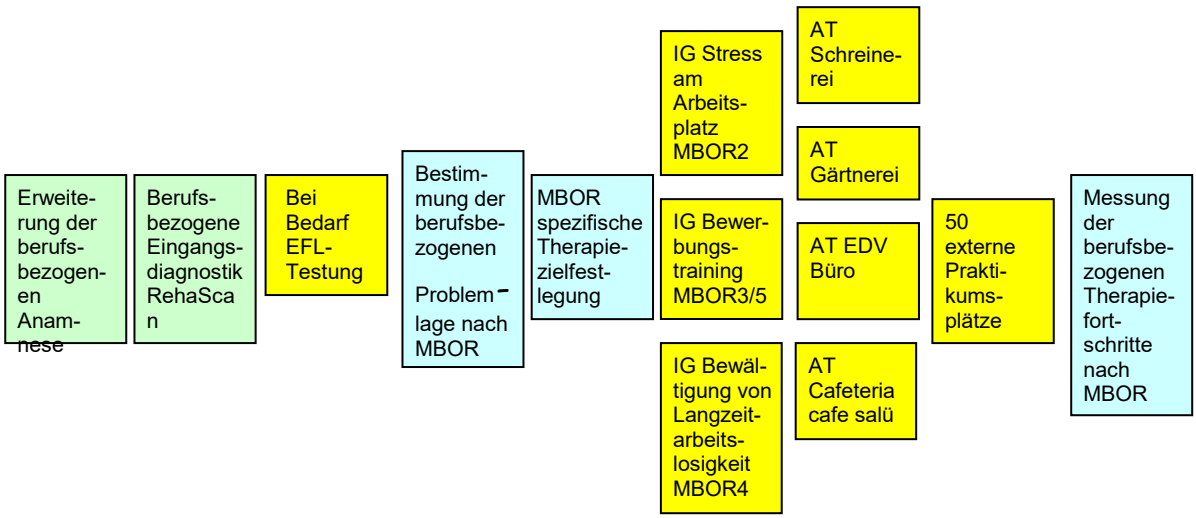


Abb. 3: Strukturelle und personelle Erweiterung der gegenwärtigen teilhabebezogenen Therapiekonzeption durch neue MBOR-Zielgruppen orientierte Basis- und Kernbehandlungselemente

Hierdurch wollen wir eine sorgfältige Erfassung der berufsbezogenen Problemlagen aller Rehabilitanden in der Eingangsdiagnostik, eine spezifische und verbindliche Zieldefinition für im Einzelfall indizierte berufsbezogene Therapiemaßnahmen, einen größeren zeitlichen Anteil von im Einzelfall indizierten berufsbezogenen Therapiemaßnahmen und schließlich eine systematische Messung und Dokumentation der erzielten berufsbezogenen Therapiefortschritte erreichen.

Alle Rehabilitanden der salus klinik Lindow durchlaufen 4 Phasen im Rahmen der hiesigen Therapie: Die Diagnostikphase, die Selbstreflexionsphase, die Veränderungsphase und die Erprobungsphase. In allen Phasen werden beruflich orientierte Basisangebote gemacht.
Das Therapiekonzept der psychosomatischen Abteilung ist im Wesentlichen ein gruppentherapeutisches Konzept. Einige Angebote sind ausschließlich MBOR bezogene Kernangebote, andere sind integriert in Gruppentherapien, da auch Rehabilitanden ohne besondere berufliche Problemlagen (BBPL) oder ohne eine deutlichen Diskrepanz zwischen beruflicher Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsfeld in der entsprechenden Gruppe einen therapeutischen Nutzen haben können.

2. Einrichtungsbezogene Struktur zur Durchführung von MBOR

2.1 Raumkonzept und Ausstattung

Gesamtanzahl der Plätze zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Die Psychosomatikabteilung der salus klinik Lindow verfügt über 92 Behandlungsplätze in einem separaten Bettenhaus mit Einzelzimmern. Wir verfügen für alle diese Rehabilitanden über die Kapazität, um im Sinne von MBOR-Basis eine erweiterte berufsbezogene Anamnese und Diagnostik zur Ermittlung berufsbezogener Problemlagen durchzuführen.

Auf der Grundlage unserer Basisdokumentationsauswertung ist in etwa mit folgendem Rehabilitandenanteil in den MBOR-Zielgruppen im Sinne von MBOR-Kern zu rechnen:

MBOR 1: 30%
MBOR 2: 15%
MBOR 3: 10%
MBOR 4: 8%
MBOR 5: 2%

Für diese insgesamt 65% unserer Rehabilitanden (d.h. etwa 60 Rehabilitanden) verfügen wir über folgende Behandlungskapazität für die mezininisch-berufliche orientierte Rehabiltation (MBOR-Kern):

- Es stehen jeweils 12 Plätze in den 3 berufsbezogenen Indikationsgruppen „Stress am Arbeitsplatz“, „Bewerbungstraining“ und „Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit“ zur Verfügung.
- Die notwendigen Plätze zur systematischen Abgleichung des arbeitsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils (MELBA, EFL-Testung, AZUBI-BK) stehen je nach Bedarf zur Verfügung.
- Es stehen jeweils 12 Plätze in den Arbeitstherapiebereichen: „Schreinerei“, „Gärtnerei“, „Übungsfirma EDV-Büro“, dem EDV-Training und der „Übungsfirma Café salü“ zur Verfügung.
- Es stehen ca. 50 Praktikumsplätze innerhalb und außerhalb der Klinik zur Verfügung.

spezifische Ausstattung von Räumen

- Für die 3 berufsbezogenen Indikationsgruppen stehen jeweils Gruppentherapieräume mit Whiteboard sowie eine Videokamera und Monitor zur Auswertung von Rollenspielen zur Verfügung. Den Teilnehmern der Indikativgruppe „Bewerbungstraining“ stehen stundenweise auch PC-Arbeitsplätze zur Verfügung, um ihre Bewerbungsunterlagen zu

vervollständigen. Außerdem haben die Rehabilitanden über W-LAN und Internetterminals Zugang zum Internet, um dort nach Stellenangeboten zu schauen.

- Die Arbeitstherapie Schreinerei verfügt über einen großen Werkraum mit 10 Hobelbänken, Werkzeugkästen und diversen Handmaschinen, sowie über einen Maschinenraum mit Kreissäge, Hobelmaschine und Bandsäge und ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.
- Die Arbeitstherapie Gärtnerei verfügt über einen Arbeitsraum mit Lager für Schutzkleidung, ein Gewächshaus, eine Garage für Gartengeräte und –maschinen, ca. 3 ha Außenanlagen sowie ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.
- Für die Arbeitstherapie EDV-Büro und das EDV-Training stehen Räumlichkeiten mit insgesamt 20 EDV-Arbeitsplätzen (mit individuell zuschaltbaren Internetanschluss), einem Lagerraum und einem Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte zur Verfügung.
- Für die arbeitstherapeutische Übungsfirma Cafe salü stehen ein Tresenbereich mit Cafemaschine, Eistruhe und Geschirrschränken sowie ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte zur Verfügung.
- Für die EFL-Testung von Rehabilitanden, bei denen die Erwerbsfähigkeit wegen funktioneller Störungen im Zusammenhang mit Leiden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates, resp. Schmerzen gefährdet ist, steht ein Parcours mit 20 Arbeitsstationen zur Verfügung, die jeweils typische Arbeitshaltungen und Arbeitsbelastungen simulieren. Auch hier gibt es ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.
- Der Koordinator für die externen Praktika verfügt über ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.

2.2 MBOR Personalausstattung

- Für die Durchführung jeder berufsbezogenen Indikationsgruppen „Stress am Arbeitsplatz“, Bewerbungstraining“ und „Unbezahlte Arbeit“ stehen jeweils 2-3 Psychologen stundenweise zur Verfügung, sodass jede Gruppe 4x90 Minuten pro Woche angeboten werden kann.
- Für die Arbeitstherapie Gärtnerei stehen 2 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Für die Arbeitstherapie Schreinerei stehen 2 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Für die Arbeitstherapie EDV-Büro und das EDV-Training stehen 2 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Wöchentlich steht eine externe Fachärztin für Orthopädie zur Leistungsbeurteilung von Rehabilitanden mit berufsbezogenen Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparates für 4 Stunden zur Verfügung.
- Für die systematische Abgleichung des arbeitsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils stehen je nach Bedarf stundenweise zur Verfügung:
  - MELBA: 4 Arbeitstherapeuten,
  - EFL-Testung: 2 Physiotherapeuten,
  - AZUBI-BK: 2 Arbeitstherapeuten.
- Für die arbeitstherapeutische Übungsfirma Café salü stehen 1,5 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Zur Koordination der externen Praktika ist eine halbe Arbeitstherapeutenstelle vorhanden.

Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand bei MitarbeiterInnen

Die im Rahmen der MBOR tätigen Mitarbeiter sind geschult. Dazu wurden Vorträge in der mittwochs stattfindenden Klinikkonferenz, Ärzteschulungen im Rahmen der „Ärzterunde“ gehalten und es haben regelmäßige Treffen mit den Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, ausgewählten Psychotherapeuten, der leitenden Psychologen und dem Leitenden Arzt stattgefunden.

Zuständigkeitsbereich	Ausbildung	Fortbildung / Anleitung
IG Stress am Arbeitsplatz	Psychologischer Psychotherapeut bzw. Diplompsychologe in fortgeschrittener Weiterbildung	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
IG Bewerbungstraining	Sozialarbeiter	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual

		Teilnehmermaterialien
IG Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit „Alltagsplanung“	Psychologischer Psychotherapeut bzw. Diplompsychologe in fortgeschrittener Weiterbildung Sozialarbeiter	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
AT Gärtnerei	Landschaftsgärtner	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
AT Schreinerei	Schreinermeister Arbeitstherapeut	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
AT EDV-Büro	Arbeitstherapeut EDV-Trainer	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
EDV-Training	Arbeitstherapeut EDV-Trainer	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
Übungsfirma Cafe salü	Arbeitstherapeut Ergotherapeut	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien
EFL-Testung	Physiotherapeut	EFL-Fortbildung Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual
Koordination externe Praktika	Arbeitstherapeut	Schulung in Teilhabeorientierung/MBOR Manual Teilnehmermaterialien

3. Einrichtungsbezogene Organisation der MBOR

3.1 Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug im Einladungsschreiben

Alle Rehabilitanden erhalten mit dem Einladungsschreiben folgende Items des Screening-Instrumentes Beruf und Arbeit in der Rehabilitation SIBAR (Bürger & Deck 2009): Subjektive Beurteilung der aktuellen beruflichen Leistungsfähigkeit, subjektive Beurteilung der künftigen Erwerbstätigkeit, subjektive Beurteilung des möglichen Zusammenhangs der jetzigen Erkrankung(en) mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit, Absicht, einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu stellen und berufliche Belastungsfaktoren, mit der Bitte dies ausgefüllt vor Aufnahme an uns zurückzusenden. Die für die endgültige Bestimmung der MBOR-Zielgruppen notwendigen Informationen können problemlos innerhalb der Eingangsdiagnostik in den ersten 3 Behandlungstagen erhoben werden.

Zusätzlich erhalten alle bereits vom Leistungsträger explizit als MBOR-Rehabilitanden zugewiesene Rehabilitanden ein gesondertes Anschreiben, in dem der medizinisch-berufsbezogene Schwerpunkt der Rehabilitation betont wird.

3.2 Zusammensetzung und Organisation des MBOR-Zielgruppen zugeordneten Teams

Wir haben keine nach MBOR-Zielgruppen fest zugeordneten Behandlungsteams. Stattdessen wird durch den Bezugsarzt und den Bezugstherapeuten mit Unterstützung des Supervisors nach Abschluss der Eingangsdiagnostik innerhalb der ersten Behandlungswoche gemeinsam entschieden, welche MBOR zielgruppenspezifischen indikativen Kernbehandlungsmaßnahmen dem Rehabilitanden angeboten werden. Dadurch entsteht in jedem Einzelfall ein spezifisches interdisziplinäres Behandlungsteam der mit den berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen betrauten Therapeuten des Rehabilitanden.

3.3 Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen

Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit und des gegenseitigen Austausches ist die elektronische Patientenakte, die für den beteiligten Mitarbeiter alle relevanten Informationen über den Rehabilitanden jederzeit zugänglich macht. Über die elektronische Patientenakte erfolgt auch die Buchung und Überwachung der Teilnahme an allen Therapiemaßnahmen.

Schließlich werden hier unmittelbar alle Verlaufsdaten von den einzelnen Therapiemaßnahmen unmittelbar festgehalten. Hierbei bestehen klare Regelungen, wer für welche Masken Lese- und Schreibrechte besitzt und bis zu welchem Zeitpunkt welche Daten eingegeben sein müssen (vgl. Abbildung 4). Dadurch kann sich jeder Mitarbeiter des interdisziplinären Behandlungsteams jederzeit einen unmittelbaren Eindruck vom aktuellen Behandlungsstand jedes vom ihm betreuten Rehabilitanden machen. Es entsteht hierdurch ein permanenter Informationsaustauschprozess zwischen den Mitgliedern der interdisziplinären Behandlungsteams.

Inhalte / Behandlungsmaßnahme	**Zeitpunkt**	**dokumentiert durch**	**Leserecht**
Berufsanamnese / Arbeitsplatzbeschreibung	1. Woche	Bezugsarzt/ -therapeut	alle
Berufsbezogene Einschränkungen / Problemlagen	1. Woche	Bezugsarzt/ -therapeut	alle
Ergebnisse Berufsbezogene Diagnostik RMK	1. Woche	Bezugstherapeut	alle
Ergebnisse EFL-Diagnostik	2./3. Woche	Physiotherapeut	alle
Operationalisierung Berufsbezogene Therapieziele	2. Woche	Bezugstherapeut	alle
Festlegung und Buchung der Berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen	2. Woche	Bezugstherapeut	alle
Einzeltherapie	1.-5. Woche	Bezugstherapeut	alle
Arztkonsultationen	1.-5. Woche	Bezugsarzt	alle
Ergebnisse externer Facharztkonsile	2.-5. Woche	Bezugsarzt	alle
Teilnahme, Inhalte, Besonderheiten im Verlauf der berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen	2.-5. Woche	Indikativer Therapeut / Arbeitstherapeut	alle
Sozialberatung (Einleitung von weiteren berufsbezogenen Reintegrationsmaßnahmen)	2.-5. Woche	Sozialarbeiter	alle
Abschlussmessung der berufsbezogenen Einschränkungen und Problemlagen	4.-5. Woche	Arbeitstherapeut	alle
Ergebnisse der Fallbesprechungen / Supervision	2.-5. Woche	Bezugstherapeut	alle
Sozialmedizinische Einschätzung	5. Woche	Bezugsarzt	alle

Abb. 4: Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die fortlaufende Dokumentation aller berufsbezogenen Behandlungsschritte in der elektronischen Patientenakte PADO

Die interdisziplinären Fallbesprechungen müssen daher nicht mehr zum Informationsaustausch herhalten, sondern können sich auf die Lösung von Behandlungskonflikten und die gegenseitige Absprache konzentrieren. Sie kommen nach Bedarf unter Leitung des zuständigen Supervisors

zustande. Insbesondere die Absprache interaktioneller Strategien auf Beziehungsebene zwischen Rehabilitand und Behandler können anhand von Videoaufnahmen der Einzeltherapiesitzungen vertieft werden. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Chefarztvisite des Leitenden Arztes.

Insgesamt ermöglicht dieses Vorgehen mehr Zeit für die unmittelbare Arbeit am Rehabilitanden.

Eine ergänzende berufsbezogene Fremdanamnese durch Kontaktaufnahme mit behandelnden Ärzten, Betriebsärzten, Integrationsämter/Integrationsfachdienste und/oder Arbeitgebern kann, falls der Rehabilitand uns von der Schweigepflicht entbindet, weitere berufsbezogene Informationen erbringen und die Aussagen des Rehabilitanden ergänzen, verifizieren oder relativieren.
Falls eine berufliche Problemlage festgestellt werden musste, erfolgt eine individuelle Einzelberatung durch unsere Sozialarbeiterinnen, die sich einen erweiterten Überblick über die sozialversicherungsrechtliche Situation des Rehabilitanden verschaffen, Arbeitsplatz-beschreibungen ergänzen, ggf. mit Hilfe von „Berufenet“ der Bundesagentur für Arbeit.

In einer abschließenden Teamsitzung nimmt ein Sozialmediziner (in der Regel der Leitende Arzt) zusammen mit dem Behandlungsteam und in Anwesenheit des Rehabilitanden 1-2 Wochen vor Ende der Therapie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor, diese wird mit den Rehabilitanden ausführlich besprochen.

Eine Zusammenarbeit mit externen Institutionen zur Klärung der beruflichen Hintergründe der RehabilitandInnen kann diesem Gespräch bereits voraus gegangen sein. In Abhängigkeit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kann ein Abgleich der Arbeitsplatzanforderung mit dem Leistungsbild der Rehabilitanden mit dem Arbeitgeber, Betriebsarzt, Integrationsfachdienst, dem Leistungsträger oder dem behandelnden Arzt erfolgen. In indizierten Fällen erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem Berufsförderungs- bzw. Berufsbildungswerk, ggf. daselbst eine berufsbezogene Diagnostik. Zudem kommt es in enger Zusammenarbeit zwischen dem Bezugstherapeuten, dem Supervisor, dem Bezugsarzt und dem Rehabilitanden zur Planung der berufsbezogenen Nachsorge, der Eingliederung, resp. einer stufenweise Wiedereingliederung, sofern dies zielführend sein kann.

3.4 Zusammenarbeit mit externen Institutionen / Organisation der Belastungserprobung

Innerhalb der Klinik verfügen wir über folgende Praktikumsplätze zu Belastungserprobung:

- Fahrradwerkstatt (2 Plätze)
- Küche (1 Platz)
- Hauswirtschaft (1 Platz)
- Haustechnik (2 Plätze)
- Gärtnerei (2 Plätze)

Außerdem haben wir ca. 50 externe Praktikumsplätze zur Belastungserprobung u.a. in folgenden Berufsfeldern organisiert:

Berufsfeld	**Inhalte**
Altenpflege im Seniorenheim	Hilfe bei der Körperpflege, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags der Bewohner, hauswirtschaftliche Arbeiten
Behindertenhilfe in einer Wohnstätte	Versorgung und Betreuung von geistig und mehrfach Behinderten, Aktivierung und Freizeitgestaltung
Landwirtschaft	Feldarbeiten, Pflege und Versorgen der Tiere, Gartenpflege
Pferdehof und Ponyhof	Reinigen der Ställe und Ausläufe, Fütterung, kleine Reparaturen, Instandhaltung der Anlagen
Hausmeisterarbeiten	Pflege der Anlagen, Reparaturarbeiten, Winterdienst
Kfz- Werkstatt und Karosseriebau	Hilfe und Unterstützung beim Warten und Reparieren von Kraftfahrzeugen
Friseurgewerbe	Haare waschen, fönen, Reinigungsarbeiten
Schmiede- und Metallbau	einfache Schlosserarbeiten
Fischerei	zuarbeitende Tätigkeiten im Freien, Reinigen der Fische, Räuchern
Gartenbau	Gestaltung und Pflege von Außenanlagen, Arbeiten im Gewächshaus
Einzelhandel	Helferarbeiten in den Verkaufs- und Lagerräumen, Platzieren der Ware
Baubetriebe	Berufsspezifischer Einsatz, aber auch Lager-, Grabungs-, Abbruch- oder Aufräumarbeiten
Stuckateur	einfache Malerarbeiten, Gestaltung von Hausfassaden
Gastgewerbe	Reinigen und Pflegen der Räume, Überziehen der Betten und Bestücken der Bäder mit Hygieneartikeln
Stadtbücherei und Touristeninformation	Kundenberatung, Dokumentation, Versand
Inselpraktikum auf der Insel Werder	Ökologischer Landbau und Versorgung von Gästen/Gruppen auf der Insel

Seit 2008 ist die salus klinik Lindow Träger von 4 Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose mit psychischen Vermittlungshemmnissen an den Standorten Werder, Teltow, Belzig und Brandenburg, die durch den Landkreis Potsdam-Mittelmark finanziert werden. Die Mitarbeiter haben ihre Büros innerhalb der Jobcenter an den 4 Standorten. Durch gemeinsam vereinbarte verbindliche Abläufe und eines von allen Beteiligten akzeptierten gegenseitigen Informationsaustausches ist eine ungewöhnlich weitgehende Integration von den Prozessen der Arbeitsverwaltung, ambulanter Beratung und stationärer medizinischer Rehabilitation möglich (vgl. Abbildung 5):

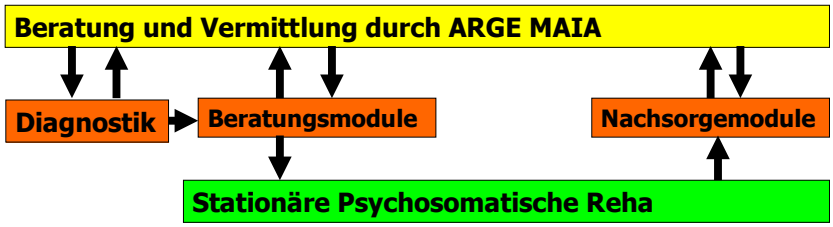


Abb. 5: Systematische Zusammenarbeit zwischen Jobcenter (ARGE MAIA), psychosozialer Beratung und stationärer psychosomatischer Rehabilitation in der salus klinik Lindow.

Seit 2008 besteht eine mit den Leistungsträgern abgestimmte Kooperation zwischen der salus klinik Lindow und dem Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg bezüglich einer integrierten 2-4tägigen Kurz-Berufsfindung/Arbeitserprobung (Kurz-BF/AP) mit folgendem Inhalt :

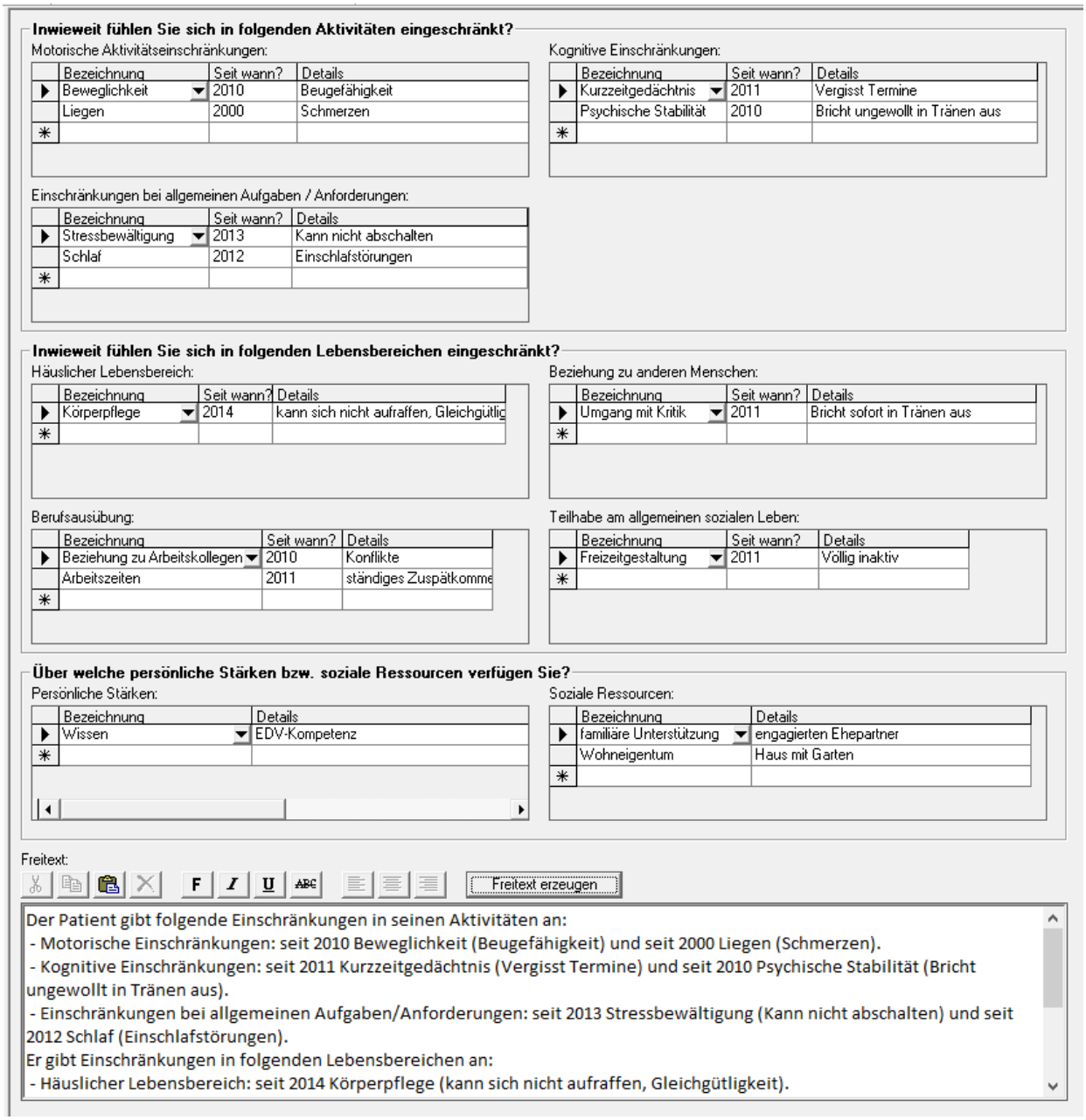
Für Rehabilitanden, bei denen eine Rückkehr in den bisherigen qualifizierten Beruf aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich ist und eine qualifizierte LTA angezeigt erscheint, wird interkurrent ein berufsbezogenes Assessment im BFW durchgeführt, um die Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beschleunigen.

4. Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik

4.1 Medizin

Die **ärztliche Eingangsdiagnostik** besteht aus einem Aufnahmegespräch, in dem u.a. die Krankheitsgeschichte und die Eigenanamnese erhoben werden. Arbeitsunfähigkeitszeiten werden ebenso wie körperliche Funktionseinschränkungen und Beschwerden sowie subjektive Einschränkungen im Alltag, als auch im Berufsleben, erhoben und diagnostiziert. Um die berufsbezogene Anamnese zu systematisieren wurden hierbei folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt:

- aktuelle psychische und körperliche Beschwerden und soziale Belastungen
- bisherige Erkrankungen mit jeweiliger Funktionseinschränkung
- subjektive Einschränkungen nach ICF (vgl. Abbildung 6)



Inwieweit fühlen Sie sich in folgenden Aktivitäten eingeschränkt?

Motorische Aktivitätseinschränkungen:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Beweglichkeit	2010	Beugefähigkeit
Liegen	2000	Schmerzen

Kognitive Einschränkungen:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Kurzzeitgedächtnis	2011	Vergisst Termine
Psychische Stabilität	2010	Bricht ungewollt in Tränen aus

Einschränkungen bei allgemeinen Aufgaben / Anforderungen:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Stressbewältigung	2013	Kann nicht abschalten
Schlaf	2012	Einschlafstörungen

Inwieweit fühlen Sie sich in folgenden Lebensbereichen eingeschränkt?

Häuslicher Lebensbereich:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Körperpflege	2014	kann sich nicht aufraffen, Gleichgütlig

Beziehung zu anderen Menschen:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Umgang mit Kritik	2011	Bricht sofort in Tränen aus

Berufsausübung:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Beziehung zu Arbeitskollegen	2010	Konflikte
Arbeitszeiten	2011	ständiges Zuspätkomme

Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben:

Bezeichnung	Seit wann?	Details
Freizeitgestaltung	2011	Völlig inaktiv

Über welche persönliche Stärken bzw. soziale Ressourcen verfügen Sie?

Persönliche Stärken:

Bezeichnung	Details
Wissen	EDV-Kompetenz

Soziale Ressourcen:

Bezeichnung	Details
familiäre Unterstützung	engagierten Ehepartner
Wohneigentum	Haus mit Garten

Freitext:

Freitext erzeugen

Der Patient gibt folgende Einschränkungen in seinen Aktivitäten an:
- Motorische Einschränkungen: seit 2010 Beweglichkeit (Beugefähigkeit) und seit 2000 Liegen (Schmerzen).
- Kognitive Einschränkungen: seit 2011 Kurzzeitgedächtnis (Vergisst Termine) und seit 2010 Psychische Stabilität (Bricht ungewollt in Tränen aus).
- Einschränkungen bei allgemeinen Aufgaben/Anforderungen: seit 2013 Stressbewältigung (Kann nicht abschalten) und seit 2012 Schlaf (Einschlafstörungen).

Er gibt Einschränkungen in folgenden Lebensbereichen an:
- Häuslicher Lebensbereich: seit 2014 Körperpflege (kann sich nicht aufraffen, Gleichgütligkeit).

Abb. 6: Beispielhaft ausgefüllte Erfassungsmaske der subjektiven Einschränkungen nach ICF in der elektronischen Patientenakte.

4.2 Psychologie

In der **psychologischen Eingangsdiagnostik** erfolgt eine systematische Erfassung aller psychischen Beschwerden, der Biographie, der allgemeinen Lebenssituation und der Berufssituation sowie eine ausführliche Verhaltensanalyse, um auf dieser Grundlage ein individuelles Krankheitsmodell (i. S. eines Längsschnitts) zu erarbeiten. Um die berufsbezogene

Anamnese zu systematisieren wurden folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt:

- aktuelle psychische und körperliche Beschwerden und soziale Belastungen
- AU-Zeiten
- subjektive Einschränkungen nach ICF (vgl. Abbildung 6)
- systematische Erfassung der beruflichen Situation(vgl. Abbildung 7)

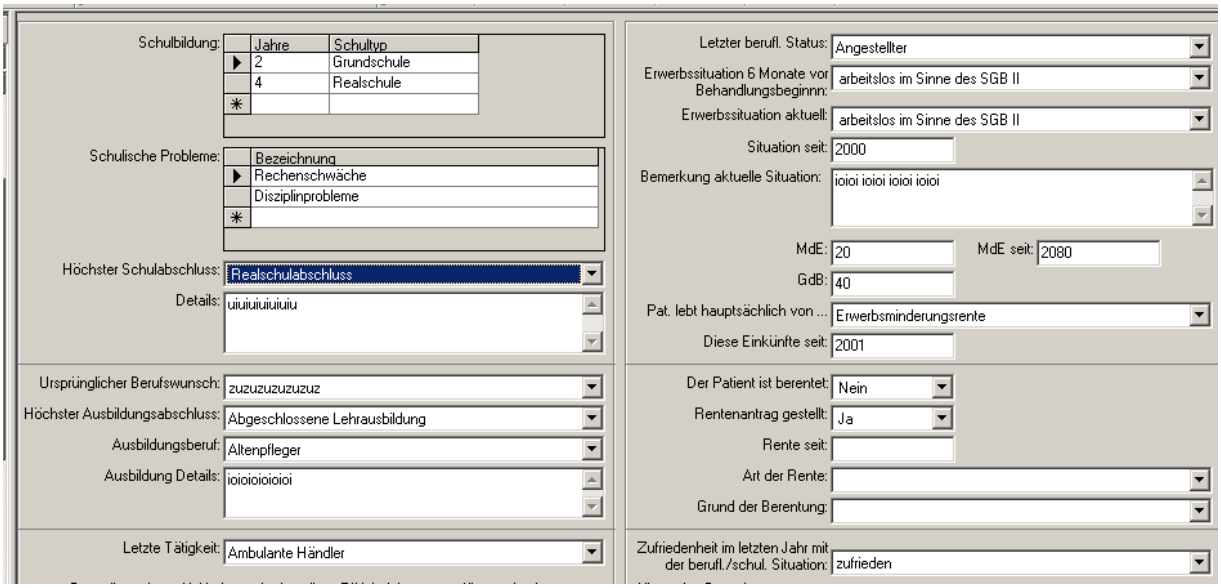


Abb. 7: Erfassungsmaske der beruflichen Situation in der elektronischen Patientenakte.

4.3 Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

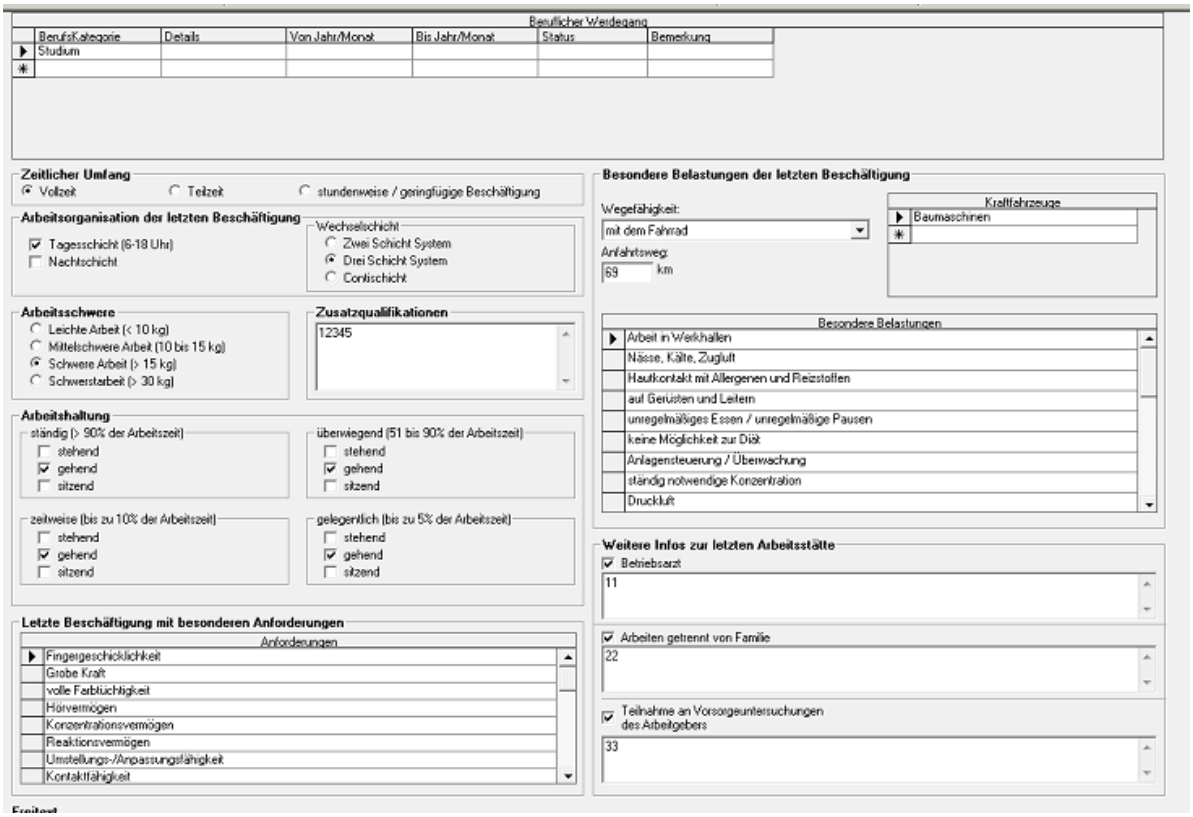
In der standarisierten **Psychologischen Testdiagnostik RehaScan** wird der psychische und der teilhabebezogen Behandlungsbedarf bei allen Rehabilitanden erhoben. Die Rehabilitanden erhalten ein Fragebogenheft mit allen Psychologischen Tests, die Auswertung der Testergebnisse steht nach 2 Tagen bereit. Zur Ermittlung der berufsbezogenen Problemlagen enthält die psychologische Eingangsdiagnostik folgende Fragebögen:

- AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)
- FSOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung)

Die Bezugstherapeuten erhalten einen Ausdruck der Testergebnisse als Grundlage für die interdisziplinäre Fallbesprechung. Hier wird die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zunächst klinisch bewertet (Übereinstimmung mit klinischem Urteil, Bagatellisierungs- oder Vermeidungstendenz, Agravierung durch Rehabilitanden) und dann in Relation zu den anderen Therapiebedarfen gebracht, um daraus schließlich individuelle Therapieziele abzuleiten.

4.4 Arbeitsplatzanalyse

Hier geht es um eine detaillierte Analyse der objektiven Anforderungen und Umgebungsbedingungen des Arbeitsplatzes einerseits und des subjektiven Erlebens des Arbeitsplatzklimas durch den Rehabilitanden andererseits. Zur Systematisierung unserer Arbeitsplatzanalyse sind folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt (vgl. Abbildung 8):



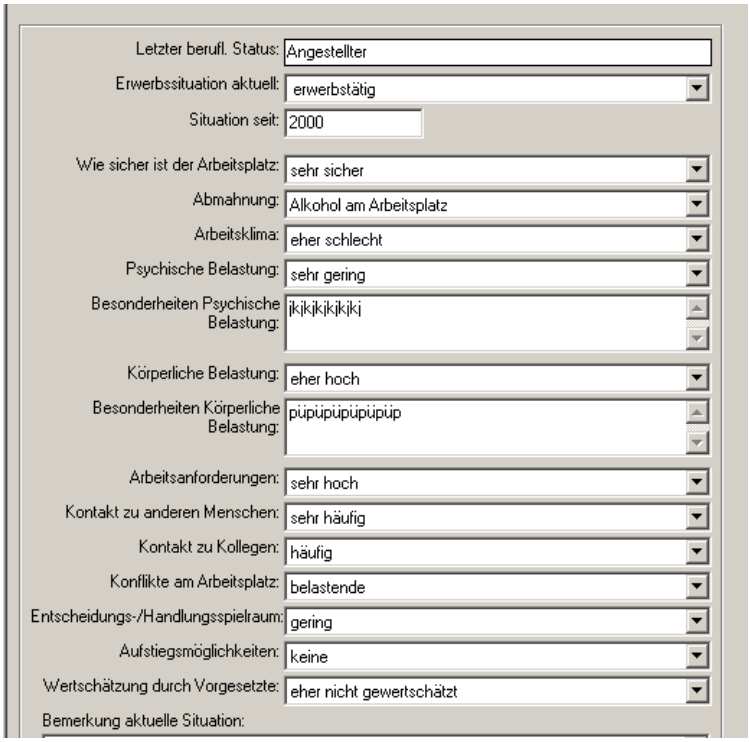


Abb. 8: Erfassungsmasken zur Arbeitsplatzbeschreibung in der elektronischen Patientenakte.

4.5 Arbeitslosigkeitsanalyse

Bei arbeitslosen Rehabilitanden werden die spezifischen Vermittlungshemmnisse und die Einstellung des Rehabilitanden zur Arbeitslosigkeit durch eine entsprechende Maske in der elektronischen Patientenakte erhoben(vgl. Abbildung 9):

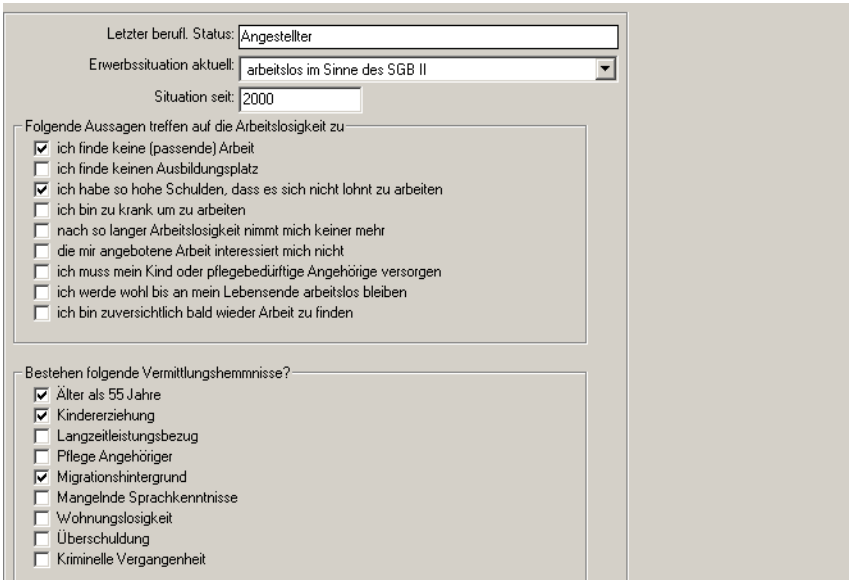


Abb. 9: Erfassungsmaske zur Arbeitslosigkeit in der elektronischen Patientenakte.

4.6 Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils

Bestimmung der MBOR-Zielgruppe

Auf der Grundlage der berufsbezogenen Diagnostikergebnisse erfolgt zunächst eine Zuordnung des Rehabilitanden zu den 5 MBOR Zielgruppen. Diese wird zunächst durch die elektronische Patientenakte automatisch vorgeschlagen und dann innerhalb der interdisziplinären Fallbesprechung endgültig festgelegt.

MBOR-Eingangsdiagnostik

Der Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils erfolgt je nach Fragestellung mithilfe der folgenden 4 Diagnostikverfahren innerhalb der Ergo-, Arbeits- oder der Physiotherapie:

- Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit das subjektive Fähigkeitsprofil eines Rehabilitanden mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit und seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe wie kognitive Merkmale (z.B. Arbeitsplanung), soziale Merkmale (z.B. Teamarbeit), die Arbeitsausführung (z.B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z.B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z.B. Lesen können). Die MELBA-Testung umfasst 2x150 Min.
- Das aus den USA stammende EFL-System (nach S. Isternhagen) bietet die Möglichkeit, die körperliche Belastbarkeit von RehabilitandInnen an 29 standardisierten Arbeitsstationen systematisch zu untersuchen. Ziel dieser arbeits- und teilhabebezogenen Form der Physiotherapie ist es, die psychophysiologische Sensitivierung und dysfunktionale Schonhaltung von Rehabilitanden gegenüber Schmerzreizen bzw. körperlichen Belastungen zu erkennen. Dadurch kann differenziert entschieden werden, inwieweit jemand aufgrund körperlicher Einschränkungen in seiner letzten Tätigkeit oder in einem anderen Beruf wieder arbeiten kann bzw. sich für die Arbeitstherapie spezifische Ziele zur körpergerechten und kraftsparenden Verrichtung von Arbeitsabläufen ableiten lassen. Die EFL-Testung umfasst 2x150 Minuten.
- Die AZUBI-BK (Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz) dient der Erhebung der Leistungsfähigkeiten im Berufsalltag (insbesondere im Büro- und kaufmännischen Bereich). Das Grundmodul umfasst acht Teilarbeitsproben, die separat den sprachlichen Fähigkeitsbereich (Protokoll überarbeiten, Informationsschreiben korrigieren), den rechnerischen Fähigkeitsbereich (Logistikfragen bearbeiten, Bilanzwerte vergleichen, Verkaufszahlen prognostizieren) und das Gedächtnis (Kurzzeit, Langzeit, unintentional) prüfen. Das Zusatzmodul »Postbearbeitung« setzt sich aus vier Teilarbeitsproben zum Posteingang und Postausgang zusammen (Fax vervollständigen, E-Mails sortieren, Adressen prüfen und Porto berechnen) und misst vor allem die Fähigkeiten Bearbeitungsgeschwindigkeit und -genauigkeit sowie Konzentration und Gewissenhaftigkeit. Die AZUBI-BK-Testung umfasst 2x90 Minuten.

- Kognitive Testung: Bei Verdacht auf kognitive und intellektuelle Leistungsstörungen wird eine neuropsychologische Abklärung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisvermögens sowie der allgemeinen kognitiven Flexibilität (v.a. Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit) in Form einer computergestützten Testbatterie (TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) durchgeführt. Außerdem werden weitere Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis und Aufmerksamkeitsstörungen (SKT), Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS) und Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) eingesetzt. Die kognitive Testung umfasst je nach erforderlicher Testbatterie 1x 60-90 Minuten.

Die Ergebnisse der verwendeten Verfahren werden dann in der MBOR-

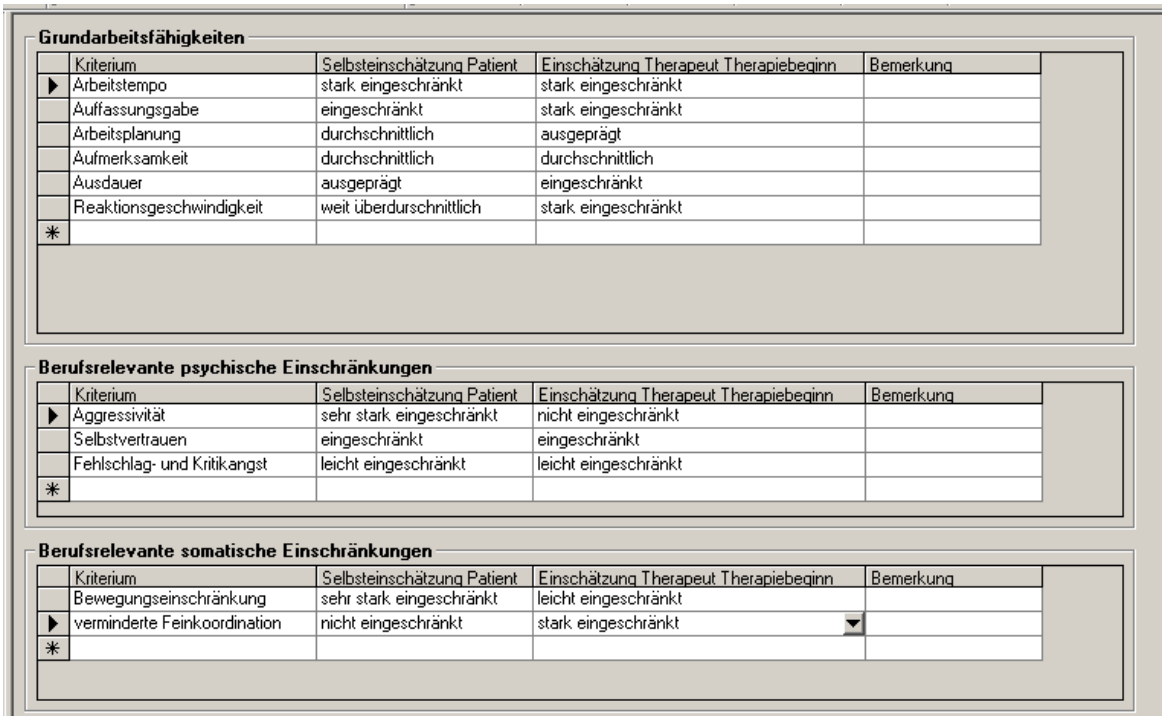
Eingangsdiagnostikmaske in unserer elektronischen Patientenakte in Form eines Abgleichs des

Anforderungs- und Fähigkeitsprofils in den 3 Bereichen:

- Grundarbeitsfähigkeiten
- Psychische Einschränkungen
- Somatische Einschränkungen

im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung zusammengetragen und der

Selbsteinschätzung durch den Rehabilitanden gegenübergestellt (vgl. Abbildung 10):



Grundarbeitsfähigkeiten

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Bemerkung
Arbeitstempo	stark eingeschränkt	stark eingeschränkt	
Auffassungsgabe	eingeschränkt	stark eingeschränkt	
Arbeitsplanung	durchschnittlich	ausgeprägt	
Aufmerksamkeit	durchschnittlich	durchschnittlich	
Ausdauer	ausgeprägt	eingeschränkt	
Reaktionsgeschwindigkeit	weit überdurschnittlich	stark eingeschränkt	

Berufsrelevante psychische Einschränkungen

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Bemerkung
Aggressivität	sehr stark eingeschränkt	nicht eingeschränkt	
Selbstvertrauen	eingeschränkt	eingeschränkt	
Fehlschlag- und Kritikangst	leicht eingeschränkt	leicht eingeschränkt	

Berufsrelevante somatische Einschränkungen

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Bemerkung
Bewegungseinschränkung	sehr stark eingeschränkt	leicht eingeschränkt	
verminderte Feinkoordination	nicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	

Abb. 10: MBOR-Eingangsdiagnostik in der elektronischen Patientenakte.

Auf dieser Grundlage erfolgt die individuelle berufsbezogene Zielsetzung innerhalb der arbeits- und tätigkeitsbezogenen Therapie.

5. Medizinisch-beruflich orientierte Beratung und Therapie

5.1 Ärztliche Aufgaben

Dem Bezugsarzt kommt eine zentrale Rolle zu, Rehabilitanden im Sinne einer

verhaltensmedizinischen Perspektive je nach Indikation:

- einerseits zu einer realistischen Akzeptanz persönlicher somatischer oder psychischer Einschränkungen in beruflicher Hinsicht zu bewegen, um künftige Überforderung oder weitere Schädigungen zu vermeiden;

- andererseits glaubwürdig zu vermitteln, dass viele somatische oder psychische Einschränkungen in beruflicher Hinsicht durch entsprechende Therapiemaßnahmen überwindbar bzw. verringerbar sind;

- schließlich aufzuzeigen, dass auch bei unveränderlichen somatischen oder psychischen Einschränkungen ein nicht unerheblicher Spielraum von günstigeren bzw. weniger günstigeren Formen des damit Umgehens besteht.

Dies umfasst im Einzelnen u.a. folgende ärztliche Aufgaben:

- <u>Einleitung und Bewertung von fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen:</u> Durch entsprechende Vereinbarungen mit den Ruppiner Kliniken, dem Ärztezentrum Neuruppin sowie mehreren Fachärzten in der näheren Umgebung besteht die Möglichkeit, jede Konsiliaruntersuchung kurzfristig durchführen zu lassen. Die Fahrten werden durch einen Transportdienst der Klinik durchgeführt. Außerdem besteht wöchentlich die Möglichkeit eines orthopädischen Konsils durch eine Fachärztin für Orthopädie innerhalb der Klinik. Der Bezugsarzt löst hierbei innerhalb der elektronischen Patientenakte einen Konsiliarbogen aus, in dem die ärztliche Fragestellung sowie die notwendigen Daten des Rehabilitanden (Diagnosen, aktuelle Beschwerde, Medikation) festgehalten sind. Diesen Bogen legt der Rehabilitand dem Konsiliararzt vor, der dort auch die Ergebnisse der Untersuchungen einträgt, die dann wiederum von Bezugarzt bewertet und in die elektronische Patientenakte übernommen werden. Dem Bezugsarzt fällt auch die Aufgabe zu die Ergebnisse der externen Konsiliaruntersuchung dem Rehabilitanden verständlich zu erläutern und für den Rehabilitanden nachvollziehbar in die weitere Behandlungsplanung einzubauen.
- <u>Umgang mit interkurrenten Beschwerden und Erkrankungen:</u> Das Gesundheitsverhalten von Rehabilitanden kann zwischen riskantem Negieren von bedeutsamen Einschränkungen oder Krankheitssymptomen bis hin zu übertriebenem Vermeidungsverhalten und sofortigem Wunsch nach Befreiung von arbeitsbezogenen Therapiemaßnahmen bei geringfügigen Beschwerden oder Konflikten reichen. Dem Bezugsarzt kommt hier die Aufgabe vor, die Beschwerden des Rehabilitanden kurzfristig abzuklären und dann eine Entscheidung hinsichtlich einer ärztlichen Befreiung von arbeitsbezogenen Therapiemaßnahmen zu

treffen und v.a. gegenüber dem Rehabilitanden zu vertreten. Weitere Schwerpunkte der verhaltensmedizinisch orientierten Behandlung sind:

- die Vermittlung eines adäquaten, handlungsleitenden Krankheitsverständnisses,
- die Veränderungen von Schon- und Krankheitsverhalten,
- die Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit Schmerzen und anderen Körpersymptomen am Arbeitsplatz anstelle von Bagatellisierung bzw. Aggravierung,
- der Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. systematische Selbstbeobachtung oder Physiotherapie),
- Abbau von unmittelbar gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen am Arbeitsplatz (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten).

- Medikation: Häufig liefert gerade die Teilnahme von Rehabilitanden an berufsbezogenen Arbeitstherapiemaßnahmen dem Bezugsarzt wertvolle Hinweise für die Indikation bzw. Dosierung seit langer Zeit eingenommener Medikamente. Hier kommt dem Bezugsarzt die Aufgabe zu, den Rehabilitanden für einen konstruktiver Umgang mit medizinischen Hilfen und Medikamenten (u.a. die Erhöhung von Compliance bei notwendiger Dauermedikation, medikamentöser Neueinstellung, Handhabung bzw. Umstellung von Bedarfsmedikation) zu gewinnen.
- Auswertung und Vermittlung der EFL Begutachtung: Die Ergebnisse der EFL-Testung widersprechen häufig dem subjektiven Empfinden des Rehabilitanden. Durch die Interpretation und insbesondere ausführliche Vermittlung der Ergebnisse durch einen Arzt werden die Chancen erhöht:
  - dass Rehabilitanden die Ergebnisse verstehen und akzeptieren können;
  - hieraus gemeinsame Ziele für die Arbeitstherapie abgeleitet werden können;
  - die Ergebnisse systematisch in die sozialmedizinische Begutachtung einfließen.

Treten neue Einschränkungen auf, so meldet sich der Rehabilitand in der Sprechstunde beim Arzt, der Kenntnis von der Einschränkung erhalten hat. Er bittet den Rehabilitanden zur Visite, um abzuklären, ob die Einschränkung vorübergehend ist, akut behandelt werden muss oder eine chronische Einschränkung darstellt.

In den regelmäßig stattfindenden Visiten macht sich der Arzt ein Bild darüber, inwiefern die arbeitsbehindernden Einschränkungen besser werden (z.B. Schlafstörungen), ggf. kommt es zu einer Optimierung der Medikation oder der Verordnung von Massagen oder Physiotherapie.

Die ärztlichen Leistungen werden je nach inhaltlichem Schwerpunkt mit der KTL C551, C552 oder C553 kodiert. Ausnahmen bilden hier die stufenweise Wiedereingliederung, die mit KTL D562 verschlüsselt wird und die Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (wie Tagesklinik, IRENA etc.), die mit KTL D579 verschlüsselt werden.

5.2 (Begrüßungs-)Vorträge

In der Aufnahmewoche werden die Rehabilitanden in einem Begrüßungsvortrag (KTL C613) im Haus willkommen geheißen. Ziel des Vortrags ist es, sie in den Gedanken der Rehabilitation einzuführen. Wichtig ist auch hier die Einführung in die beruflich-orientierte Rehabilitation, weil die meisten Rehabilitanden mit der Vorstellung kommen, sich erst einmal zu erholen und anschließend die Problematik mit dem Arbeitsplatz zu klären. Unserer Erfahrung nach ist diese Einführung sehr wichtig, damit die Rehabilitanden von Anfang an auch ihr Berufsfeld mit einbeziehen. Auch ist es wichtig anzusprechen, dass wir wissen, dass es Rehabilitanden gibt, die „nicht freiwillig“ eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Wir betonen an dieser Stelle, dass Kooperation wichtig ist, damit wir am Ende eine Begutachtung formulieren können.

Weiterhin finden wöchentlich Schulungen zu verschiedenen Schwerpunkten der Gesundheitsförderung statt. Zu jeder Schulung erhalten die Rehabilitanden im Anschluss kurze Fragebögen, um das neuerworbene Wissen auf sich selbst anzuwenden. Bei Bedarf werden die Themen sowohl in den störungsspezifischen Bezugsgruppen als auch in den Einzelgesprächen aufgegriffen. Wo immer möglich wurde hierbei die berufsbezogene Behandlungsperspektive im Sinne des MBOR-Konzepts systematisch integriert. Die Schulungen umfassen u.a. folgende Themen:

- Gesunde Ernährung
- Rauchen
- Umgang mit Alkohol
- Stressbewältigung
- Schmerzbewältigung
- Umgang mit Psychischen Erkrankungen

Entsprechend werden sie je nach inhaltlichem Schwerpunkt mit KTL C591 – C611 kodiert

Außerdem erhalten alle Rehabilitanden zu Therapiebeginn ein Einführungsseminar durch einen Sozialarbeiter (KTL D583), in dem sie über:

- die Möglichkeiten und sozialrechtlichen Voraussetzungen der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen
- die arbeitsrechlichten Rahmenbedingungen bei krankheitsbedingten Problemlagen oder Konflikten am Arbeitsplatz
- die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten durch den Sozialdienst der Klinik informiert werden.

5.3 Berufs- und Sozialberatung

Die MBOR-Zielgruppen spezifische Berufs- und Sozialberatung erfolgt in Form von Einzelberatungsterminen durch die Sozialarbeiter der Klinik mit folgenden berufsbezogenen, inhaltlichen Schwerpunkten:

Inhalt	Aufgaben-/Prozessbeschreibung
Arbeitsuche	• Beratung bzgl. Berufsorientierung • Internetrecherche über mögliche Stellen • Erstellen bzw. Optimierung der Bewerbungsunterlagen • Vorbereitung der Bewerbungsgespräche • Überprüfung der fortlaufenden Bewerbungsaktivitäten
Schulden-regulierung	• Beratung bzgl. Schuldenregulierung • Aufstellen einer Gläubigerliste • Aufstellen eines Haushaltsbuchs • notwendige Maßnahmen festlegen/ klären • Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen
Nachsorge	• Prüfen der Indikation, Aufklärung bzw. Beratung des Rehabilitanden über Möglichkeiten der Nachsorge (z.B. IRENA, Curriculum Hannover) bzw. Weiterbehandlung (z.B. ambulante Psychotherapie) • sofern notwendig Vermittlung in interne Nachsorgevorstellungsrunden, ggf. Vermittlung von Besichtigungs- bzw. Vorstellungsterminen • Vorstellung der verschiedenen Einrichtungen im Haus • bei Zustimmung des Rehabilitanden Unterstützung bei der Beantragung der geplanten Maßnahme in Zusammenarbeit mit Bezugstherapeut und Bezugsarzt • Kontaktaufnahme mit möglichen Einrichtungen, Abstimmung der Aufnahmebedingungen inkl. möglicher Aufnahmetermin • bei Kostenzusage, Abstimmung des nahtlosen Übergangs
Sozial-beratungs-leistungen	Information und Beratung bzgl. aller relevanten Sozialleistungen: Arbeit und Behörden, Arbeitsvermittlung, Regelung des Krankengeldes, berufsfördernde Leistungen, sozialrechtliche Leistungen
Beantragung von Sozial-leistungen	• Prüfen der bestehenden Ansprüche • bei positiver Entscheidung, Unterstützung bzw. Mitwirkung beim Erstellen der relevanten Anträge • ggf. Unterstützung bei Problemen im Rahmen der Genehmigung mit zust. Behörden
Stufenweise Wiederein-gliederung	• Kontaktaufnahme und Abklärung der Durchführungsdetails mit Arbeitgeber bei ärztlich anempfohlener stufenweisen Wiedereingliederung

Bei RehabilitandInnen, die sich in der MBOR befinden, werden routinemäßig Einzeltermine stattfinden.

In regelmäßigen Abständen wird die Klinik durch die Rehaberater der Rentenversicherung besucht. Die Beratung erfolgt dann nach individueller Anmeldung im Einzelkontakt (ggf. auch

auf Wunsch des Rehabilitanden im Beisein des Sozialarbeiters) in der Klinik. Die Beratungstermine werden durch Voraberstellung eines sog. Rehaberatungsbogens mithilfe der elektronischen Patientenakte vorbereitet. In ihm werden folgende Daten für den Rehaberater zusammengestellt:

- Anlass der Rehaberatung
- Wichtige Daten zur Berufsanamnese
- Vorläufige sozialmedizinische Einschätzung
- Voraussichtliches Entlassdatum

Die Ergebnisse der Rehaberatung werden mit Einwilligung des Rehabilitanden vom Sozialarbeiter in die elektronische Patientenakte übertragen.

In regelmäßigen Abständen werden Fahrten zum Berufsinformationszentrum (BIZ) der Arbeitsagentur in Neuruppin organisiert. Diese Fahrten werden im Einzelfall mit dem Rehabilitanden durch die Sozialarbeiter der Klinik vorbereitet.

5.4 Berufsbezogene Gruppen der Psychologie und Sozialarbeit

Wir verfügen über 3 berufsbezogene Indikative Gruppen für die verschiedenen MBOR-Zielgruppen:

<u>Stress am Arbeitsplatz (MBOR 1)</u>:

Ziel der Gruppe ist, die Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes, die Erhöhung der Rehabilitandenzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation sowie die systematische Vorbereitung des Rehabilitanden auf die Rückkehr an seinen Arbeitsplatz. Hierzu sollen insbesondere die arbeitsbezogenen Kommunikationsfertigkeiten und Stressbewältigungsfähigkeiten der Rehabilitanden gesteigert werden. Die Gruppe ist indiziert für Rehabilitanden der MBOR-Zielgruppe 1, deren Situation am Arbeitsplatz durch Konflikte, Stress- und Belastungssituationen, lange Krankschreibung oder wirtschaftliche Unsicherheit belastet ist. Hierzu gehören auch Rehabilitanden, die über Mobbingerfahrungen am Arbeitsplatz berichten oder die aufgrund von körperlichen/psychischen Einschränkungen mit ihrem Arbeitgeber über eine entsprechende Veränderung ihres Arbeitseinsatzes verhandeln müssen. Falls im Einzelfall indiziert können auch Rehabilitanden der MBOR-Zielgruppe 2 an der Gruppe teilnehmen.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Eine systematische Beschreibung des eigenen Arbeitsplatzes;
- Eine selbstkritische Analyse des eigenen Arbeitsverhaltens und der Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Vergangenheit;
- Eine systematische Analyse von Stress- und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche;
- Die Entwicklung und Erprobung von Stressbewältigungstechniken;
- Die Entwicklung und Einübung von Konfliktbewältigungsstrategien;
- Die Vorbereitung auf die Rückkehr auf den Arbeitsplatz (Begegnung mit Vorgesetzen und Kollegen);
- Die Entwicklung eines Notfallplans bei Arbeitsplatzverlust.

Bewerbungstraining (MBOR 3):

Ziel der Gruppe ist die frühzeitige, initiative und systematische Arbeitsplatzsuche von Rehabilitanden aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Die Gruppe ist insbesondere indiziert für arbeitslose Rehabilitanden der MBOR-Zielgruppe 3, bei denen die Chancen auf eine Beschäftigung innerhalb der nächsten 6 Monate als günstig eingeschätzt werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Eine systematische Sichtung bisheriger Berufserfahrungen, beruflicher Qualifizierungen und Neigungen;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche hinsichtlich eines künftigen Arbeitsplatzes;
- Die Einleitung systematischer Stellensuche;
- Die systematische und eigeninitiative Nutzung der Arbeitsverwaltung;
- Die Erstellung bzw. Optimierung von Bewerbungsunterlagen;
- Die Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche;
- Die Protokollierung und kritische Auswertung der eigenen Bewerbungsanstrengungen.

Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit (MBOR 4) „Alltagsplanung“:

Die Gruppe ist indiziert für arbeitslose RehabilitandInnen, denen realistischer Weise lediglich nur sehr geringe Chancen für eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt innerhalb der nächsten 6 Monate gegeben werden können. Ziel der Gruppe ist der Erhalt bzw. der Ausbau einer beruflichen Orientierung und der Leistungsfähigkeit, indem die Betroffenen alle Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung ausloten, Praktika durchführen und soziales Engagement bzw. Nachbarschaftshilfe zeigen, um über diesen Umweg wieder eine bezahlte Tätigkeit zu finden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Offene Auseinandersetzung mit den geringen Chancen auf Beschäftigung;
- Eine systematische Sichtung bisheriger Berufserfahrungen, beruflicher Qualifizierungen und Neigungen;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche hinsichtlich künftiger Beschäftigung;
- Systematische Auslotung aller Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung;
- Eine systematische Suche nach Praktika;
- Die Aufstellung eines 1-Jahresplans;
- Die Vorbereitung auf entsprechende Kontaktaufnahme;
- Die Protokollierung und kritische Auswertung der eigenen Sondierungsanstrengungen.

Alle drei berufsbezogenen Gruppentherapieangebote finden 4x90 Minuten pro Woche statt. Es handelt sich hierbei um sogenannte „halboffene“ Gruppen (Lindenmeyer, 2010a), in denen ausscheidende RehabilitandInnen durch neue RehabilitandInnen ersetzt werden. Der Vorteil besteht einer besseren Auslastung der Behandlungsplätze und in der Möglichkeit individuell unterschiedlich langer Gruppenteilnahme in Abhängigkeit von der Problematik eines Rehabilitanden. Aufgrund der ständigen Fluktuation der RehabilitandInnen ist es allerdings nur bedingt möglich, eine Abfolge von auf einander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Stattdessen wird für jeden einzelnen Rehabilitanden ein inhaltlicher Verlauf innerhalb der Gruppentherapie konzipiert, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden abgearbeitet wird. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere RehabilitandInnen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (vgl. Abbildung 11).

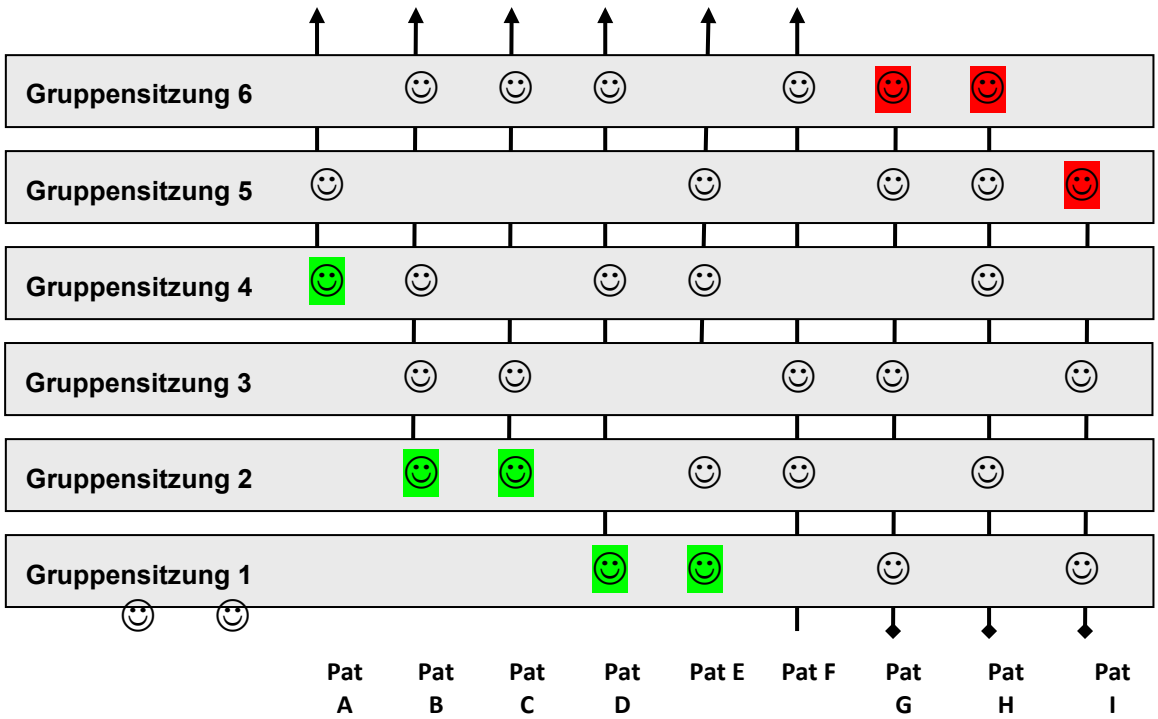


Abb. 11: Die Ablaufstruktur bei offenen Therapiegruppen. In jeder Gruppenstunde stehen nur einige Rehabilitanden nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Smiley). Gruppenneulinge stellen sich in ihrer ersten Gruppensitzung vor (grüne Markierung), Ausscheidende Gruppenmitglieder bekommen eine Verabschiedung (rote Markierung).

Um den Rehabilitanden aber auch den Therapeuten ein zielgerichtetes Arbeiten in einer für den einzelnen Rehabilitanden didaktisch günstigen Weise zu ermöglichen, haben wir für alle 3 berufsbezogenen Gruppentherapieangebote ein entsprechendes Teilnehmerheft entwickelt (Lindenmeyer, 2010; 2011). Das Bearbeiten des Teilnehmerheftes durch den Rehabilitanden dient:

- der Vorbereitung auf Therapiesitzungen,
- der Strukturierung von Therapiesitzungen,
- der Dokumentation von Veränderungsaktivitäten zwischen den Therapiesitzungen.

Insgesamt unterstreichen die Teilnehmerhefte, dass die eigentliche Veränderungsarbeit durch den Rehabilitanden zwischen den Therapiestunden geschieht und ein passives „konsumieren“ von Gruppentherapiestunden wenig hilfreich sein würde.

5.5 MBOR-Ansätze mit ihren Bausteinen und Spezialisierungen in der Ergotherapie

Um bei Rehabilitanden der MBOR-Zielgruppen die Berufsbezogenheit der Ergotherapieangebote zu stärken, wird in allen Ergotherapieangeboten ein Teilnehmerheft „Ergotherapie“ verwendet, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

Inhalt	Ausgefüllt durch	Zeitpunkt
Operationalisierte Ziele der Ergotherapieteilnahme	Bezugstherapeut und Rehabilitand	Vor Beginn
Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen	Rehabilitand	Vor Beginn
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und somatischen / psychischen Einschränkungen	Ergotherapeut der Klinik, Bezugsarzt bzw. -therapeut	Vor Beginn
Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung	Rehabilitand	Täglich während Ergotherapie
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen	Ergotherapeut der Klinik	Ende der Ergo-therapieteilnahme

Die Klinik verfügt über insgesamt täglich 12 Ergotherapiegruppen a 50 Minuten, die nach bestimmten Materialschwerpunkten unterschieden werden in Maltherapie, Töpfern, Emaillieren, Korbflechten u.a.

5.6 Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze

Die Klinik verfügt über 4 verschiedene Arbeitstherapiebereiche:

- Schreinerei: Die Aufgaben reichen von der eigenständigen Herstellung von Gebrauchsgegenständen und Modellen aus Holz bis zur Mitarbeit an der Möbelherstellung. Gearbeitet wird mit Handwerkzeug und in begrenztem Umfang mit Maschinen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse der Holzverarbeitung
- Gärtnerei: Die Aufgaben reichen von der Baum- und Pflanzenpflege, des Obst- und Gemüseanbaus bis zur Landschaftsgestaltung. Gearbeitet wird mit Handwerkzeug und in begrenztem Umfang mit Maschinen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in Pflanzenkunde.
- EDV-Büro: Gearbeitet wird am PC in dem virtuellen Biobauernhof „Hofgut Maierbeer“ und im realen Versandhandel der therapeutischen Übungsfirma „salus-materialien“. Es geht um die Bearbeitung und Abrechnung der Kundenaufträge sowie die Erstellung von Werbekampagnen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in der EDV-Anwendung, Buchungs- und Rechnungswesen, sowie Team- und Führungsverhalten.
- Café salü: Gearbeitet wird im gastronomischen Service der therapeutischen Übungsfirma „café salü“, die die Cafeteria der Klinik betreibt. Die Aufgaben reichen von Bestellwesen,

Bedienung, Tresenarbeit und Abrechnung. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in Kundenorientierung, Bestell- und Abrechnungswesen, sowie Team- und Führungsverhalten.

In allen 4 Arbeitstherapiebereichen ist der inhaltliche Schwerpunkt je nach MBOR-Zielgruppe etwas anders akzentuiert:

- Bei der MBOR-Zielgruppe 1 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf einer Optimierung des Arbeits- und Interaktionsverhaltens, der systematischen Überprüfung der Arbeitsbelastungsfähigkeit, dem Abbau von Vermeidungs- bzw. Schonverhalten sowie der Erweiterung von arbeitsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten.
- Bei der MBOR-Zielgruppe 2 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf systematischen Überprüfung der Leistungsfähigkeit.
- Bei der MBOR-Zielgruppe 3 und 5 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf der Überprüfung von Interessensneigungen und der Arbeitsbelastungsfähigkeit, der Optimierung des Arbeits- und Interaktionsverhaltens sowie der Erweiterung von arbeitsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten zur weiteren Erhöhung der Vermittlungschancen.
- Bei der MBOR-Zielgruppe 4 wird vorrangig eine Stärkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung und positivem Selbstwertgefühl durch Arbeitseinsätze angestrebt sowie die Erweiterung von berufsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten, um eine ausreichende Arbeitsorientierung auch bei längerer Arbeitslosigkeit zu erhalten.

Um in jedem Einzelfall die individuelle Berufsbezogenheit der Arbeitstherapieteilnahme zu stärken, wird in allen Arbeitstherapieangeboten ein Teilnehmerheft „Arbeitstherapie“ verwendet, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

Inhalt	**Ausgefüllt durch**	**Zeitpunkt**
Operationalisierte Ziele der Arbeitstherapie	Bezugstherapeut und Rehabilitand	Vor Beginn
Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen	Rehabilitand	Vor Beginn
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und somatischen / psychischen Einschränkungen	Arbeitstherapeut der Klinik Bezugsarzt bzw. -therapeut	Vor Beginn
Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung	Rehabilitand	Täglich während Arbeitstherapie
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen	Arbeitstherapeut der Klinik	Ende der Arbeits-therapieteilnahme

5.7 Arbeitsplatztraining, Belastungserprobung

Eine möglichst berufsnahe Belastungserprobung ist in 4 klinikinternen sowie einen der ca. 50 verschiedenen externen Praktikumsplätze möglich. Die Dauer der Erprobung variiert zwischen 4-6 Std. am Tag für 1-2 Wochen je nach individueller Indikation. Für alle Rehabilitanden wird ein

Praktikumsvertrag abgeschlossen, der die Arbeitsinhalte, die Arbeitszeiten und die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt. Außerdem erhalten die Teilnehmer ein Teilnehmerheft „Externes Praktikum“, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

Inhalt	**Ausgefüllt durch**	**Zeitpunkt**
Operationalisierte Ziele der Belastungserprobung	Bezugstherapeut und Rehabilitand	Vor Beginn
Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen	Rehabilitand	Vor Beginn
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen	Arbeitstherapeut der Klinik	Vor Beginn
Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung	Rehabilitand	Täglich während Praktikum
Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen	Praktikumsanleiter	Praktikumsende

Hierdurch ist die erforderliche Transparenz aber auch Verbindlichkeit zwischen allen Beteiligten gesichert. Die Vermittlung geeigneter externer Praktikumsplätze entsprechend den individuellen berufsbezogenen Problemlagen des Rehabilitanden geschieht durch den Praktikumskoordinator der Klinik. Er hält persönlichen Kontakt zu den externen Praktikumsanleitern und ist der erste Ansprechpartner bei allen auftretenden Problemen. Der Praktikumsleiter nimmt auch die entsprechenden Eintragungen in der elektronischen Patientenakte zur Anwesenheit, dem Verlauf und dem Ergebnis des externen Praktikums vor.

5.8 Physiotherapie und Bewegungstherapie

Physiotherapie als Einzelleistung (KTL B551-B559) bzw. Physikalische Therapie als Einzelleistung (KTL K550-K719) werden nach Indikation ärztlich verordnet wie hier tabellarisch dokumentiert, um die individuellen Einschränkungen (z.B. Schulterschmerz, Bewegungseinschränkungen bei Arbeiten über Kopfhöhe etc.) individuell zu behandeln (in der Regel 1-2x wöchentlich 30 min mit Hausaufgaben):

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer
Kranken-gymnastik	• Schmerzlinderung • Muskelaufbau • Bewegungsverbesserung • Steigerung der Bewegungseffektivität • Verbesserung der Activity of Daily Life (ADL) • Gleichgewichtsschulung • Verbesserung der Wirbelsäulenstatik	• Muskelmantelschulung • Propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation (PNF) • allg. Mobilisation • Diverse Übungen mit und an med. Geräten • allgemeine Übungen der KG • Beckenbodengymnastik • Postisometrische Relaxation (PIR) • Jandatraining • Wassergymnastik	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
angewandte Physiotherapie	• Wieder-Erlernen, Effektivitätssteigerung berufsbezogener Bewegungsabläufe • Erkennen und Neuorientierung eigener Grenzen	• Bewegungsschulung mit Hilfe spezieller Geräte in Anlehnung an Richtlinien der EFL	• 6-12 Behandlungen á 30 min
Reflextherapien	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung der Trophik und Durchblutung (DB) • Normalisierung des Muskeltonus • Ausleitung	• Bigema • Segmentmassage • Fußreflexzonenmassage • Schröpfen • Trigger-Punkt-Behandlung • Colonbehandlung	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Hydrotherapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Durchblutungsförderung • Normalisierung des Muskeltonus	• Heiße Rolle • Kneippanwendungen	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Elektrotherapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung der Durchblutung (DB) • Normalisierung des Muskeltonus • Lähmungsbehandlung	• Stromtherapie des Nieder-, Mittel- und Hochfrequenzbereichs • Ultraschall • Galvanisation	• 6 – 12 Behandlungen zwischen 10 und 30 min
Manuelle Therapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung des Gelenkspiels	• Weichteiltechniken • Gelenktechniken • Traktionsbehandlungen • Wirbel- und Gelenktherapie nach Dorn	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Schlingentisch-therapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung	• Hubfreie Mobilisation • Traktionsbehandlungen	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Tapen	• Schmerzlinderung • Bewegungskorrektur • Aktivierung/ Normalisierung des Muskeltonus • Lymphabfluß	• Taping	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min

Dehnungs-behandlung	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Muskel-/Nervendehnung • Faszienlösung • Lösungen von Spannungen und Aggressionen	• Traktionsbehandlungen • spezielle Dehntechniken	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Manuelle Lymphdrainage mit Kompressions-therapie	• Steigerung der Lymphangiomotorik • Ödemreduzierung • Entschlackung • Parasympatikusverstärkung • Schmerzlinderung	• nach Asdonk	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Atemtherapie	• Verbesserung der Atemexkursion • Bewusstwerdung und Ökonomisierung dieser • Entspannung • Schmerzlinderung • Aufbau der aufrechten Körperhaltung • Einsatz der Atmung in der Anspannung	• Atemgymnastik • Tiefenatmung • Atemmobilisation	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min
Entspannungs-therapie	• Entspannung • Aktivierung des vegetativen NS • Normalisierung der Körperabläufe • Lösungen im Körper akkumulierter Spannungen und Aggressionen	• Manuelle Lymphdrainage • Reiki • Massage	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min

Ein Fitnesstraining zur Verbesserung der Ausdauer und Kraft findet nach einer 2-stündigen Einweisung in der Regel zweimal wöchentlich statt.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Verordnung von Massagen durch eine externe Fachkraft in den Räumen der salus klinik Lindow.

Außerdem verfügen wir über eine Vielzahl von weiteren sport- und physiotherapeutische Gruppenangeboten, zur Stärkung des Selbstbewusstseins, Förderung von Entspannung und Freude an der Bewegung, aber auch zur Steigerung der Fitness und Teamfähigkeit:

Qi Gong	• Konzentration • Koordination der oberen Extremitäten und Atmung • Körperliche und geistige Entspannung • Achtsamkeit • Wahrnehmungsschulung • Energieressourcen erkennen und wieder entdecken • Abbau von Verspannungen im Schulterbereich • Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden • Körperliche Ausdrucksformen entwickeln • Schmerzlinderung • Lösung von Spannungs- und Aggressionszuständen	• Ausgewählte Übungen aus dem traditionellen chinesischen Qi Gong („18 Formen der Harmonie“) • 3 Übungen des „ Wudang Qi Gong“ • Überwiegendes Üben im Stehen • Entspannungs- und Atemübungen im Liegen • Atem- und Körperbeobachtung • Körper-Phantasiereisen • Videovorführungen	• 5x wöchentlich 50 min
Fitness	• Muskelaufbau • Konditionierung (Steigerung Ausdauerfähigkeit) • Verbesserung/Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit	• Gerätetraining • Hanteltraining • Übungen auf der Matte mit/ohne Hanteln • Ergometertraining • Stepper • Dehnung	• 5x wöchentlich 50 min
Nichtschwimmer-training	• Wassergewöhnung • Abbau von Angst • Schwimmtechniken erlernen und verbessern	• Einsatz verschiedener Schwimmhilfen • Atemübungen gegen den Wasserwiderstand • Tauchübungen	• 5x wöchentlich 50 min
Rücken aktiv	• Wahrnehmungs- u. Bewegungsschulung • Vermittlung von Informationen zum Aufbau und Funktionsweisen des Bewegungsapparates • Lernen von individuellen Bewegungsalternativen u. alltagsnahen Hilfestellungen zur Prophylaxe • Mobilisation der Wirbelsäule • Dehnung und Kräftigung der Rumpfmuskulatur	• Sitzhilfe • Partnerübungen • Gruppenübungen • WS-Modell, Folien, Info material • Pezziball • Matten • Terrabänder • Kleine Hanteln • Igelball	• 5x wöchentlich 50 min
Tai Chi	• Konzentrationstraining • Koordinationstraining • Gleichgewichtsschulung • Achtsamkeit • Entspannung • Energieressourcen erkennen und wieder entdecken • Abbau von Somatisierungserscheinungen • Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden • Körperliche Ausdrucksformen entwickeln • Muskelaufbau der Bein- und Rumpfmuskulatur • Schmerzlinderung	• Elemente des Tai Chi Quan Yang – Stiles (24er Peking-Form) • Einzelübungen als Entspannungstraining (aktiv) • Geh- und Atemübungen • Entspannungsübungen im Liegen (passiv) • Körper-Phantasiereisen • Videovorführungen	• 5x wöchentlich 50 min

Wassergymnastik	• Mobilisation • Muskelkräftigung • Koordinations- und Gleichgewichtsschulung • Verbesserung des Körperbefindens	• Verschiedene Übungs- und Bewegungsformen in der Gruppe, paarweise und einzeln • Muskelkräftigung • Koordinations- und Gleichgewichtsübungen • Konditionsübungen • Spielerische Formen • Einsatz von verschiedenen Geräten/ Auftriebsmitteln	• 5x wöchentlich 50 min
Adipositas	• Gewichtsreduktion • Ausdauertraining/ Aquajogging unter Belastungsparameter • Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems • Gelenkmobilisation • Muskelkräftigung	• Konditionstraining • Einsatz von verschiedenen Geräten • Muskelkräftigung	• 5x wöchentlich 50 min
Körperschule	• Vermittlung theoretischen Wissens über Mechanismen der physiologischen Körpervorgänge und -mechanismen • Körperwahrnehmung • Schmerzzustände beseitigen	• Einzel- und Partnerübungen • Atem- und Körperbeobachtung • Lockerungs- und Dehnungsübungen • Stabilisierung	• 5x wöchentlich 50 min
Bogenschießen	• Auseinandersetzung mit der Konzentration und Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Atmung, Spannung und Entspannung, Leistungsanspruch, Kontrollverlust, Angst und Aggression	• Bogenschießen • Umgang mit dem Material, d.h. Pfeil und Bogen • Videoanalyse und Filmdokumentation • Schießen mit geschlossenen Augen • Schießen aus unterschiedlichen Entfernungen • Zielschießen	• 5x wöchentlich 50 min
Ergometertraining	• Ausdauertraining • Förderung der Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems • Schulung der Belastungswahrnehmung	• Ergometer fahren, unter RR und Pulskontrolle	• 5x wöchentlich 30 min
Progressive Muskelrelaxation PMR	• Spannungszustände differenziert wahrnehmen und diese bewusst kontrollieren oder verändern • Eigenständiges Herbeiführen eines Entspannungszustandes auf psycho-physiologischer Ebene	• PMR Übungen nach Jakobson klassische Zählmethode Vergegenwärtigungsmethode Integration des Beckenbodens • Atemtherapie • Einführung in andere Entspannungsverfahren	• 5x wöchentlich 50 min
Bewegungsgruppe	• psychische und physische Leistungsfähigkeit steigern • neue Anregungen für die Freizeitgestaltung erlangen	• allgemeine und spezielle Bewegungsübungen • Bewegungsspiele • Walking • Radtouren	• 5x wöchentlich 50 min
Spiel und Bewegung	• Förderung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten • Entwicklung und Förderung der allgemeinen Beweglichkeit und der sozialen Integrationsfähigkeit	• Unterschiedliche Sport- und Bewegungsspiele (z.B. Basketball, Zweifelderball, Tischtennis, Badminton, Softballtennis, ...)	• 5x wöchentlich 50 min

Aufbausport	• Verbesserung der körperlichen Leistungs- und Belastungsfähigkeit	• kleine Sportspiele • Wandern • Fahrradfahren • Ergometertraining • Funktionsgymnastik • Kegeln • Stretching • Pulskontrolle	• 5x wöchentlich 50 min

5.9 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

Zur systematischen Bewertung der berufsbezogenen Therapiefortschritte haben wir in der elektronischen Patientenakte eine Abschlussbegutachtung nach MBOR eingerichtet (vgl. Abbildung 12):

Grundarbeitsfähigkeiten

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Einschätzung Therapeut Therapieende
Arbeitstempo	stark eingeschränkt	stark eingeschränkt	durchschnittlich
Auffassungsgabe	eingeschränkt	stark eingeschränkt	stark eingeschränkt
Arbeitsplanung	durchschnittlich	ausgeprägt	ausgeprägt
Aufmerksamkeit	durchschnittlich	durchschnittlich	ausgeprägt
Ausdauer	ausgeprägt	eingeschränkt	durchschnittlich
Reaktionsgeschwindigkeit	weit überdurschnittlich	stark eingeschränkt	eingeschränkt

Berufsrelevante psychische Einschränkungen

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Einschätzung Therapeut Therapieende
Aggressivität	sehr stark eingeschränkt	nicht eingeschränkt	nicht eingeschränkt
Selbstvertrauen	eingeschränkt	eingeschränkt	nicht eingeschränkt
Fehlschlag- und Kritikangst	leicht eingeschränkt	leicht eingeschränkt	leicht eingeschränkt

Berufsrelevante somatische Einschränkungen

Kriterium	Selbsteinschätzung Patient	Einschätzung Therapeut Therapiebeginn	Einschätzung Therapeut Therapieende
Bewegungseinschränkung	sehr stark eingeschränkt	leicht eingeschränkt	nicht eingeschränkt
verminderte Feinkoordination	nicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	leicht eingeschränkt

Abb. 12: MBOR-Abschlussdiagnostik in der elektronischen Patientenakte.

Diese wird durch den Arbeitstherapeuten der Klinik bzw. den Koordinator der externen Praktika ausgefüllt und dient als Grundlage für die interdisziplinäre Fallbesprechung und die sozialmedizinischen Einschätzung. Die MBOR-Abschlusseinschätzung hinsichtlich Grundarbeitsfähigkeit, psychischen und somatische Einschränkungen wird auf der Maske sichtbar in Bezug zu der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden und der beteiligten Therapeuten zu Behandlungsbeginn gesetzt.

Durch den Bezugstherapeuten, unterstützt durch die Sozialarbeiter der Klinik erfolgt außerdem die Einleitung der im Einzelfall indizierten Nachsorge eines Rehabilitanden. Prinzipiell sind folgende Nachsorgeangebote möglich:

Nachsorgeangebot	**Indikation**
Ambulante Nachsorge Psy-RENA	MBOR 1-5
Selbsthilfegruppe	MBOR 1-5
Ambulante Psychotherapie	MBOR 1-5

Bei der Einleitung von Nachsorgemaßnahmen ist immer der Grad der erzielten Nahtlosigkeit und Verbindlichkeit der Absprachen entscheidend. Sie wird in der elektronischen Patientenakte daher präzise dokumentiert (vgl. Abbildung 13):

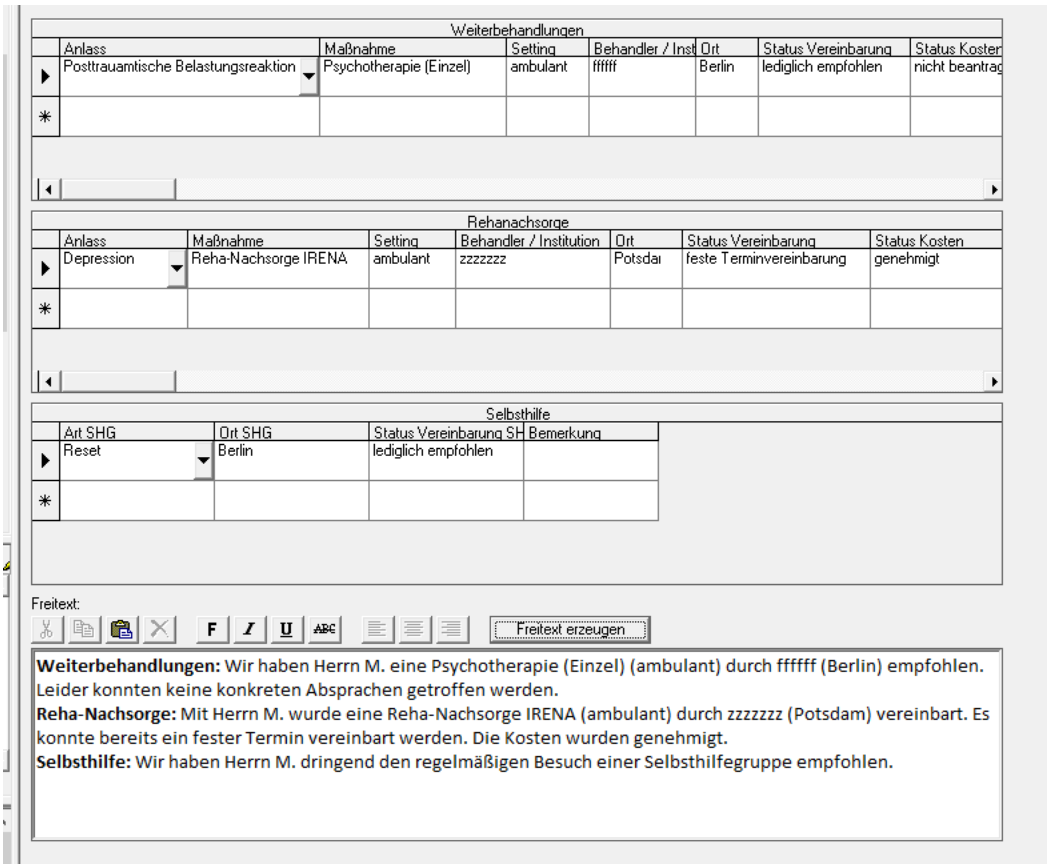


Abb. 13: Dokumentation der Verbindlichkeit der Nachsorgemaßnahmen in der elektronischen Patientenakte.

6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung

Mithilfe der elektronischen Patientenakte PADO erfolgt eine verbindliche und allen beteiligten Therapeuten stets zugängliche Dokumentation aller berufsbezogenen Therapieschritte und im Verlauf der Behandlung sowie der Therapieergebnisse am Ende der Leistung. Hierbei bestehen folgende Verantwortlichkeiten:

Inhalte / Behandlungsmaßnahme	**Zeitpunkt**	**Verantwortlich**	**Ort**
Berufsanamnese / Arbeitsplatzbeschreibung	1. Woche	Bezugsarzt/ -therapeut	PADO
Berufsbezogene Einschränkungen / Problemlagen	1. Woche	Bezugsarzt/ -therapeut	PADO
Selbsteinschätzung der berufsbezogenen Einschränkungen und Grundarbeitsfähigkeiten	1./2. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Ergebnisse Berufsbezogene Diagnostik	1. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Ergebnisse EFL-Diagnostik	2./3. Woche	Physiotherapeut	PADO
Ergebnisse von MELBA-Diagnostik	2./3. Woche	Arbeitstherapeut	PADO
Ergebnisse kognitiver Testung	2./3. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Operationalisierung Berufsbezogene Therapieziele	2. Woche	Bezugstherapeut	PADO, Teil-nehmerheft
Festlegung und Buchung der Berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen	2. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Einzeltherapie	1.-5. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Arztkonsultationen	1.-5. Woche	Bezugsarzt	PADO
Ergebnisse externer Facharztkonsile	2.-5. Woche	Bezugsarzt	PADO
Teilnahme, Inhalte, Besonderheiten im Verlauf der berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen	2.-5. Woche	Rehabilitand, Indikativer Therapeut, Arbeitstherapeut	Teil-nehmerheft, PADO
Sozialberatung (Einleitung von weiteren berufsbezogenen Reintegrationsmaßnahmen)	2.-5. Woche	Sozialarbeiter	PADO
Abschlussmessung der berufsbezogenen Einschränkungen und Problemlagen	5. Woche	Arbeitstherapeut	PADO
Ergebnisse der Fallbesprechungen / Supervision	2.-5. Woche	Bezugstherapeut	PADO
Therapeutischer Entlassbericht	5. Woche	Bezugsarzt/ -therapeut	PADO
Sozialmedizinische Einschätzung	5. Woche	Bezugsarzt	PADO

Bei unentschuldigtem Fehlen an einer Therapiemaßnahme erfolgt eine automatische Mail an den Bezugstherapeuten, um die Ursache hierfür mit dem Rehabilitanden unmittelbar abklären zu können.

Über die elektronische Patientenakte erfolgt eine automatische KTL Erfassung der Therapiemaßnahmen, an denen ein Rehabilitand teilgenommen hat:

Berufsbezogene Therapiemaßnahme	**KTL-Code**
IG Stress am Arbeitsplatz	L560
IG Bewerbungstraining	H842
IG Unbezahlte Arbeit „Alltagsplanung“	F579
IG EDV-Training	E572
AT Gärtnerei	E652
AT Schreinerei	E574
AT EDV-Büro	E572
AT Cafe salü	E571
Externes Praktikum	E660
Sozialberatung	D552

Der Entlassbericht wurde an folgenden Stellen um eine Beschreibung der berufsbezogenen Orientierung in der Behandlung erweitert:

- 2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren (detaillierte Beschreibung der Kontextfaktoren am letzten Arbeitsplatzes bzw. der Arbeitslosigkeit)
- 3.4. Diagnostik (Ergebnisse MBOR-Eingangsdiagnostik)
- 4.1. Individuelle Reha-Ziele (MBOR-spezifische Therapieziele)
- 4.3. Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis (Ergebnisse der MBOR-Abschlussdiagnostik)

7. Therapieplanung

Die Therapieplanung erfolgt im Einzelfall nach Indikation über die elektronische Patientenakte. Die Rehabilitanden bekommen ihren wöchentlichen Therapieplan ausgedruckt. Die folgenden Therapiepläne können daher nur exemplarisch die unterschiedliche Therapieschwerpunktsetzung in Abhängigkeit der MBOR-Zielgruppe verdeutlichen.

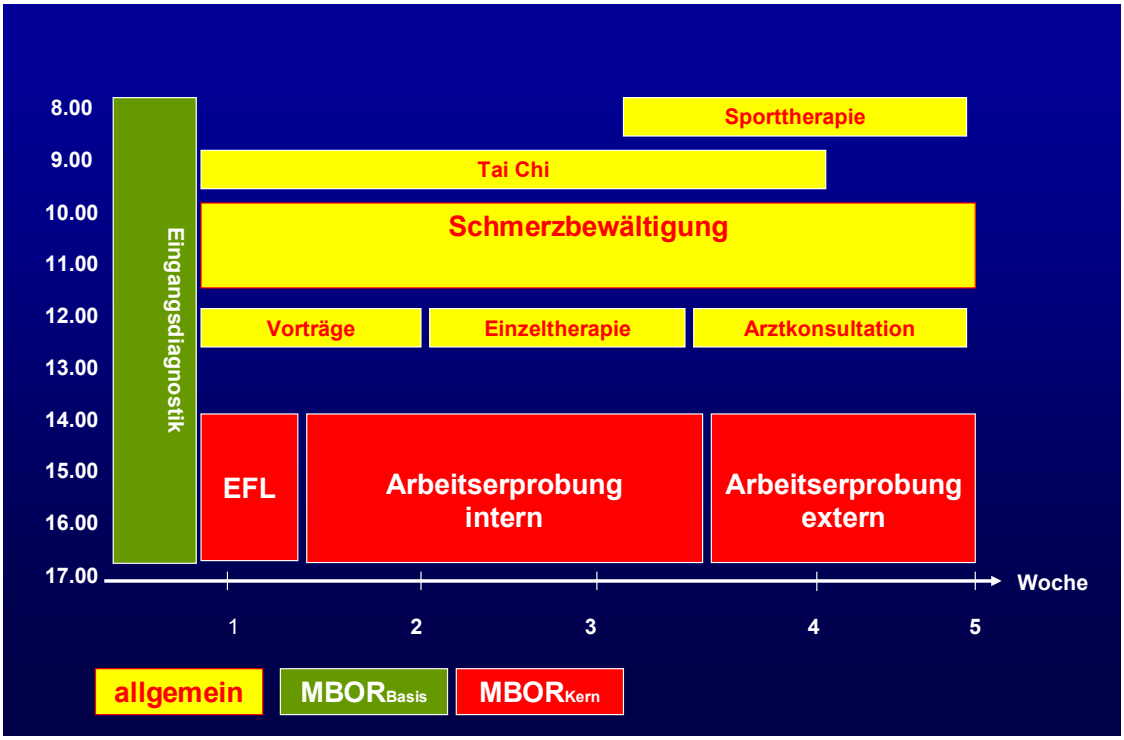


Abb. 14: Exemplarischer Therapieplan MBOR-Zielgruppe 1.

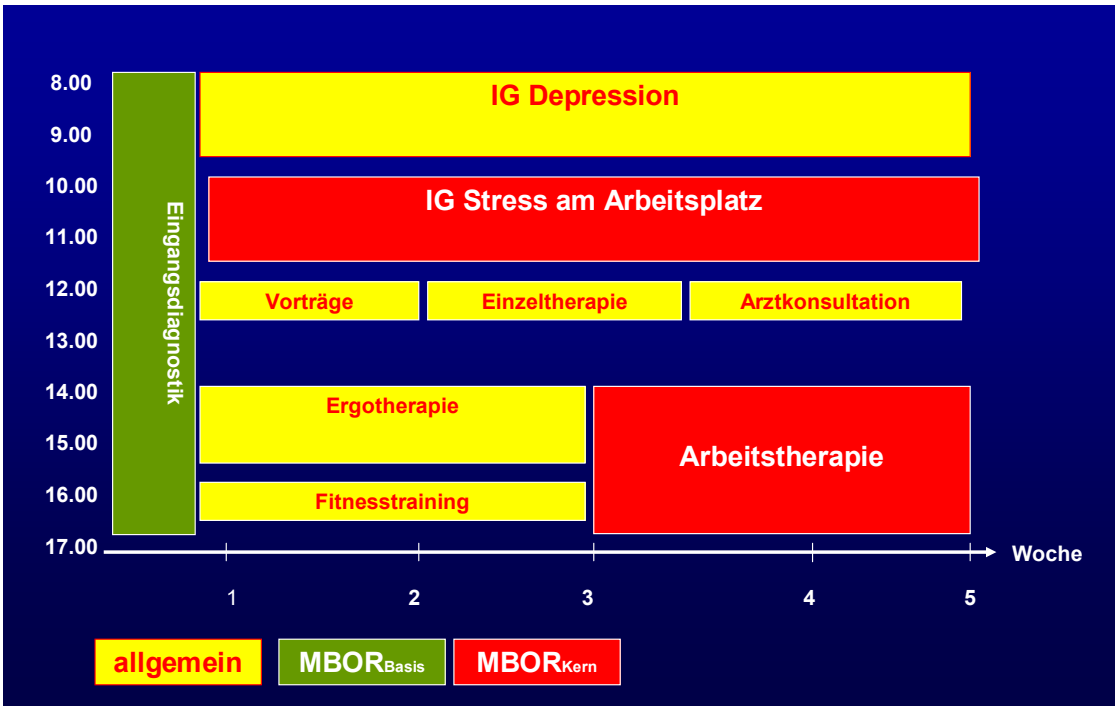


Abb. 15: Exemplarischer Therapieplan MBOR-Zielgruppe 2.

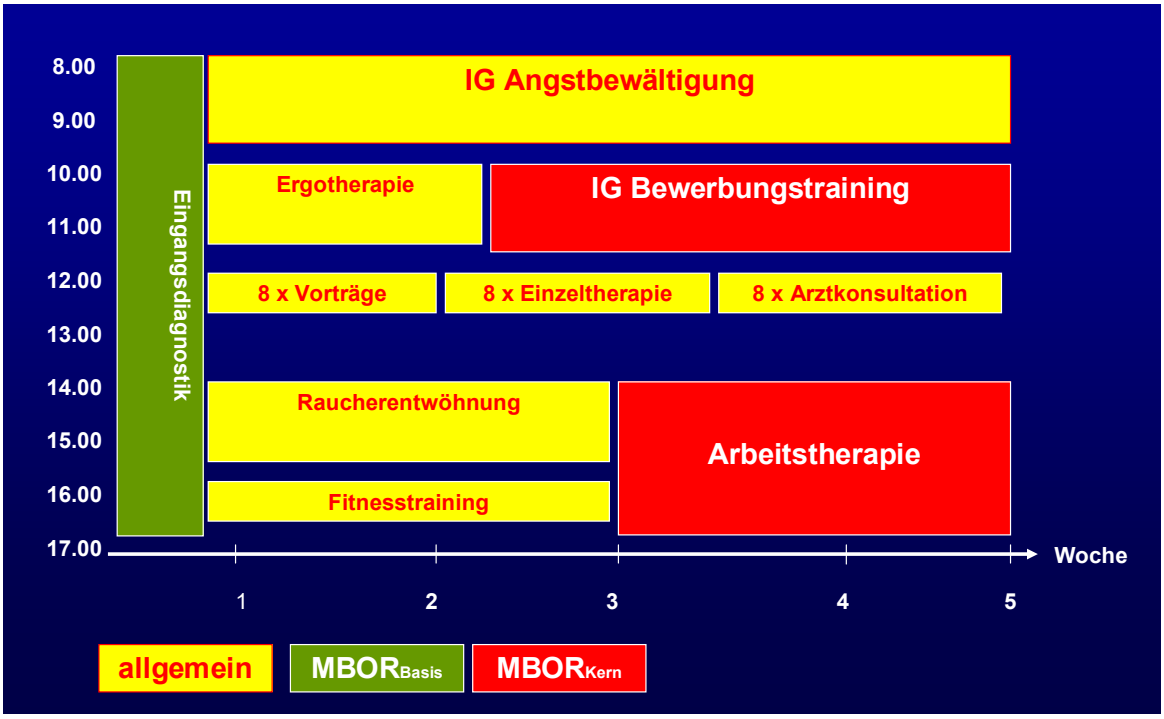


Abb. 16: Exemplarischer Therapieplan MBOR-Zielgruppe 3.

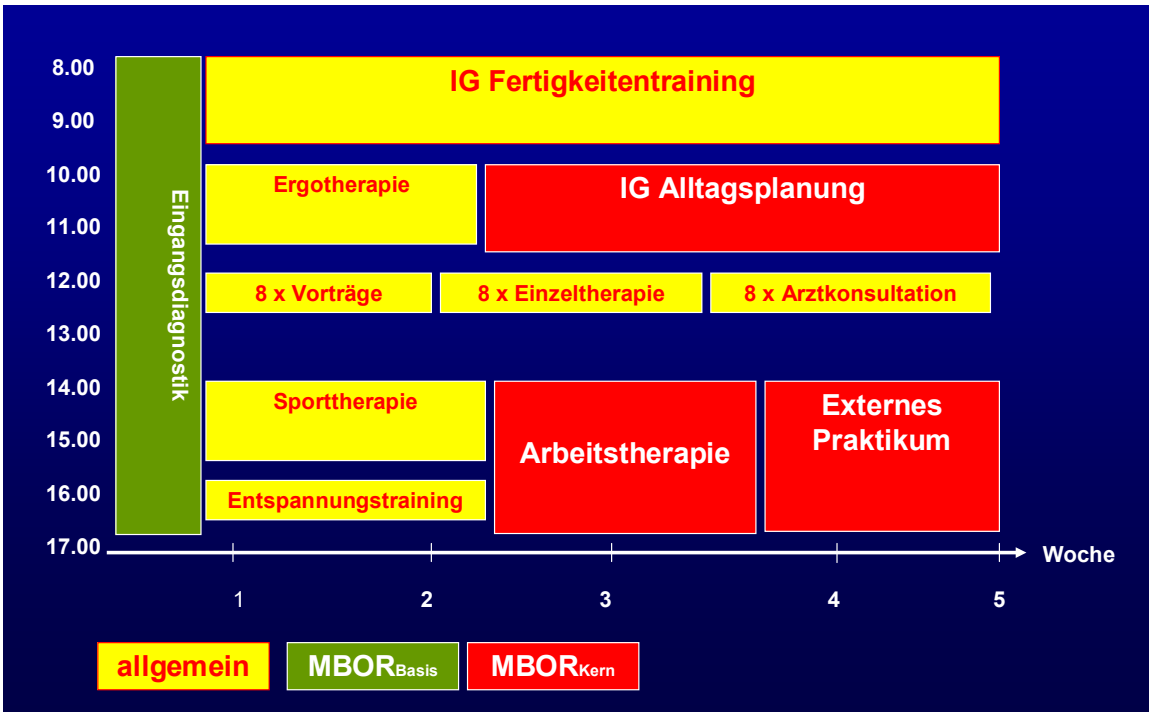


Abb. 17: Exemplarischer Therapieplan MBOR-Zielgruppe 4.

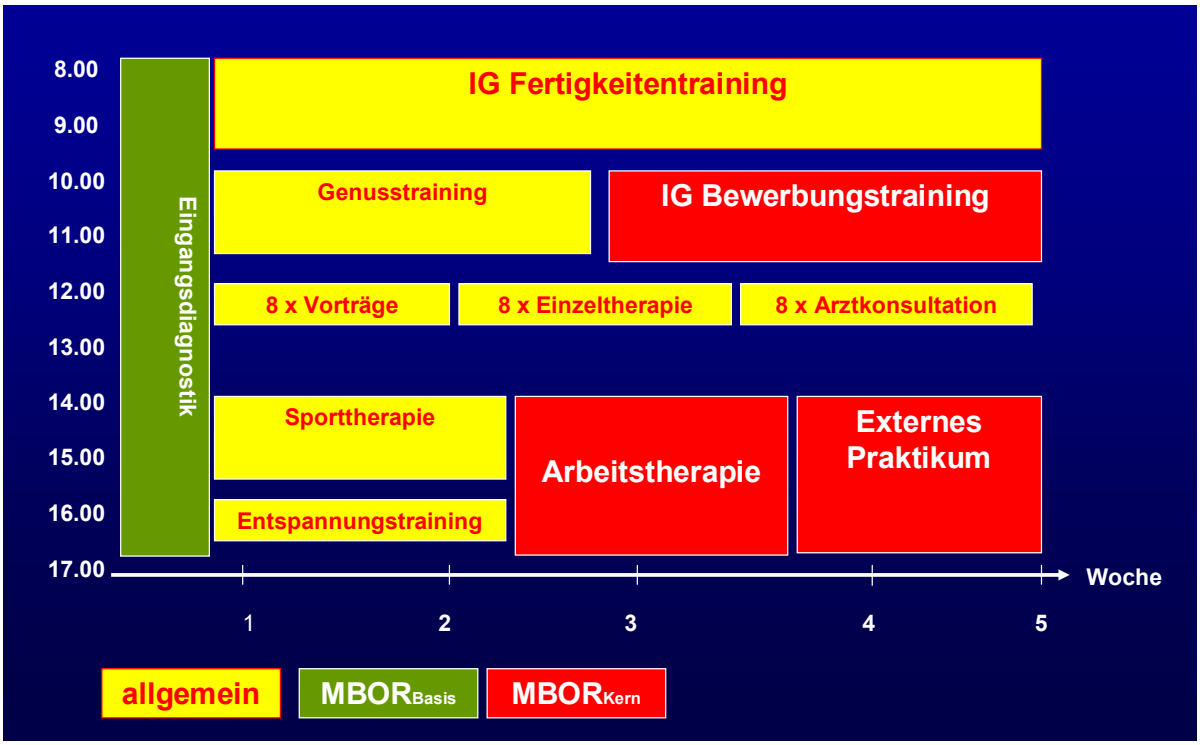


Abb. 18: Exemplarischer Therapieplan MBOR-Zielgruppe 5.

8. Qualitätssicherung

Das MBOR-Therapiekonzept ist vollständig in die externe und interne Qualitätssicherung bzw. das QM Handbuch der Klinik integriert, das im allgemeinen Psychosomatikkonzept ausführlich beschrieben ist (Schöneck & Cina, 2023). Hier sind daher nur die Stichpunkte aufgelistet:

- Manualisierung der Therapieangebote
- Verwendung von Teilnehmerheften bei allen Therapieangeboten
- Einsatz von Qualitätszirkeln zur ständigen Optimierung
- Kontinuierliche Evaluation
- Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung
- Engmaschige Supervision
- Wöchentliche Rehabilitandenbefragung
- Jährliche Kooperationspartnerbefragung
- Jährliche interne und externe Audits nach ISO, FVS/DEGEMED, BAR, MAAS-BGW und ENSH
- Kooperation mit Forschung und Wissenschaft

Literatur

Bürger W., Deck R. (2009): SIBAR – Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 48(4), S211 -221 und http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinisches Dokumentation und Information (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Eigenverlag: Köln.

DRV-Bund (Hrsg.) (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation. http://www.deutsche-rentenversicherung.de

Kleffen, A., Weinmann, S., Föhr, F., & Müller, B. (1997). MELBA – Psychisches Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Siegen: Eigenverlag.

Hillert, A. & Koch, S. (2008). Psychosomatik. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, F.M. Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte Verlag, Köln (S. 331-347).

Lindenmeyer, J. (2008). Abhängigkeitserkrankungen. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, F.M. Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte Verlag, Köln (S. 348-367).

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2010a). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2012). Qualitätsbericht 2012 der salus klinik Lindow. Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der salus klinik Lindow. Psychosomatik. Lindow: Eigenverlag.