



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Gute Praxis in der sozialen Sicherheit

Gute Praxis umgesetzt ab: 2010

Konzeption und Umsetzung einer „arbeitsplatzorientierten muskuloskeletalen Rehabilitation (AOMR)“

Eine Praxis der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, der
Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Besondere Auszeichnung, Preis der IVSS für gute Praxis - Wettbewerb Europa 2013

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Deutschland

Zusammenfassung

Die Konzeption der Rehabilitation in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) besteht vor allem darin, durch Beseitigung oder Kompensation gesundheitlicher Einschränkungen eine berufliche und soziale Wiedereingliederung schnellstmöglich zu gewährleisten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedienen sich die Unfallversicherungsträger verschiedener komplextherapeutischer Rehabilitationsverfahren wie z.B. der Berufsgenossenschaftlich Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP).

In diesen etablierten Verfahren der medizinischen Rehabilitation standen bislang struktur- und funktionsbezogene Therapieansätze im Vordergrund. Berufs- und tätigkeitsorientierte Behandlungsinhalte waren eher unterrepräsentiert. Um diese verschiedenen Therapieansätze zu verzahnen und somit auch einen Wandel in der medizinischen Rehabilitation voranzutreiben, erarbeitete die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) mit einem Expertengremium ein manualisiertes Gesamtkonzept für eine arbeitsplatzorientierte Rehabilitation und entsprechende Mindestanforderungen für die Zulassung von Einrichtungen zu diesem Rehabilitationsverfahren.

Dieses Konzept umfasst mit seinen Elementen ein breites Spektrum berufsbezogener Diagnostik und Therapie. Es basiert auf den wesentlichen Elementen der komplextherapeutischen Rehabilitationsverfahren und ergänzt diese um arbeitsbezogene Bestandteile. Primär richtet sich das Verfahren an Erwerbsfähige mit (spezifischen) körperlichen Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Einschränkungen des muskuloskeletalen Systems.

In einem Pilotverfahren mit dem Namen „Arbeitsplatzorientierte Muskuloskeletale Rehabilitation (AOMR)“ wurde dieses Konzept mit speziell für diese Therapie zugelassenen Einrichtungen erfolgreich erprobt.

KRITERIUM 1

Auf welche Frage/Problematik/Herausforderung geht Ihre gute Praxis ein?

In den vergangenen Jahren haben sich unterschiedliche Leistungsangebote der arbeitsplatz- oder berufsorientierten medizinischen Rehabilitation entwickelt. Die Verfahren befinden sich allerdings auf einem sehr unterschiedlichen Entwicklungsniveau: Man muss bezüglich der arbeitsbezogenen Maßnahmen eher von einem lokalen Erfahrungswissen der Therapeuten ausgehen, denn bislang liegen den Reha-Einrichtungen manualisierte berufsbezogene Therapiekonzepte, die allen Anbietern zugänglich sind, kaum vor. Es besteht weder ein Konsens in Bezug auf Begrifflichkeiten noch hinsichtlich der Qualitätsstandards oder Mindestanforderungen an die Maßnahmen.

Während einige Anbieter die Nachbildung von Arbeitsplätzen oder die Kooperation mit Betrieben und Ausbildungszentren in den Vordergrund stellen, betonen andere die Simulation der Arbeitsplatzanforderungen unter Einsatz spezifischer Test- und Trainingssysteme. Aufgrund der unterschiedlichen Anbieter bzw. Therapieinhalte gehen die Preise für diese Angebote weit auseinander.

Vor diesem Hintergrund hat die VBG nach Beratung durch ein Expertengremium aus erfahrenen Medizinerinnen und Therapeuten Standards für ein systematisches diagnostisches und therapeutisches Vorgehen sowie Qualitätsanforderungen für die Therapieeinrichtungen formuliert und als „AOMR“ erprobt.

KRITERIUM 2

Was waren die Hauptziele und die erwarteten Ergebnisse?

Das Ziel der AOMR ist es, während der medizinischen Rehabilitation nicht nur Funktions- und Strukturstörungen zu beseitigen oder zu kompensieren, sondern vielmehr auch konkret benötigte arbeitsrelevante Funktionsabläufe in die Therapie zu integrieren. Dies geschieht mit Hilfe einer spezifischen Arbeitsorientierung, um eine ausreichende funktionale Belastbarkeit für die unmittelbar anschließende vollschichtige Rückkehr an den (bisherigen) Arbeitsplatz zu erreichen.

Diese Herangehensweise hat Vorteile für alle Beteiligten: Der Versicherte erlangt mit dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation die Arbeitsfähigkeit, ohne dass weiterführende berufliche Reha-Maßnahmen nötig werden. Der Träger der sozialen Sicherheit spart wiederum Ausgaben.

KRITERIUM 3

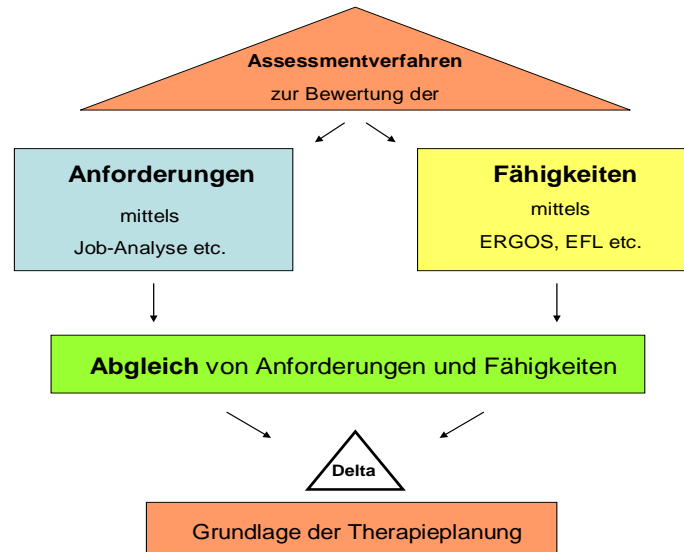
Welche/r innovative Ansatz/Strategie wurde zum Erreichen der Ziele verfolgt?

Durch die Definition eines Gesamtkonzepts einer arbeitsplatzorientierten Rehabilitation wurden, wie bereits erwähnt, Standards für ein systematisches Vorgehen – von der Diagnostik bis hin zur Durchführung der Therapie – formuliert:

Das erste Kernelement umfasst eine detaillierte, standardisierte Tätigkeitsanalyse bei Behandlungsaufnahme, um die konkreten beruflichen Leistungsanforderungen und Belastungselemente zu identifizieren. Als Instrument kommt z.B. das Anforderungsprofil aus Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (IMBA) oder die Funktionelle Job-Analyse aus dem EFL-System (Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit nach Susan Isernhagen) in Betracht.

Neben dem Anforderungsprofil muss auch ein aktuelles Leistungsfähigkeitsprofil zu Beginn der Rehabilitation erhoben werden. Ziel ist es, die arbeitsplatzspezifische Leistungsfähigkeit mit standardisierten FCE (*Functional Capacity Evaluation*)-Verfahren wie beispielsweise dem EFL-Test oder dem Arbeitssimulationsgerät ERGOS zu ermitteln.

Im Abgleich der ermittelten arbeitsplatzspezifischen Anforderungen mit den aktuellen Fähigkeiten ergibt sich ein Leistungs-Delta, wie in der unteren Abbildung veranschaulicht, aus dem individuelle und passgenaue Therapie-Maßnahmen abgeleitet werden.



Die Therapiemaßnahmen setzen sich aus einem Basistraining, bestehend aus Krankengymnastik, physikalischer Therapie und medizinischer Trainingstherapie, zusammen und werden durch die folgenden zusätzlichen arbeitsplatzorientierten Therapieelemente ergänzt:

- Ergotherapie mit dem Schwerpunkt in der Arbeitstherapie;
- an den Arbeitsplatzanforderungen ausgerichtete Medizinische Trainingstherapie (AMTT), um die im Beruf benötigten spezifischen Muskelgruppen aber auch deren „unterforderte“ Gegenspieler mit Hilfe von Trainingsgeräten zu trainieren;
- Arbeitssimulationstraining, um Bewegungsmuster der individuellen Arbeitssituation zu trainieren oder, falls nötig, Alternativbewegungen zur Kompensation zu erlernen.

Während des Therapieverlaufs wird die aktuelle Leistungsfähigkeit in regelmäßigen Zeitabständen erhoben und schriftlich festgehalten, um Verbesserungen, Verschlechterungen oder Stagnationen im Therapieverlauf darzustellen und die Therapie-Maßnahmen bedarfsgerecht daran anzupassen.

Nach Abschluss der Therapie ist ein erneutes Fähigkeitsprofil mit den zu Beginn der Therapie-Maßnahme eingesetzten FCE-Verfahren erforderlich, um die aktuelle Leistungsfähigkeit bei Entlassung zu ermitteln. Durch einen erneuten Abgleich mit dem Anforderungsprofil wird festgestellt, ob das Leistungs-Delta tatsächlich behoben und die Arbeitsfähigkeit erreicht ist.

Bei dem Konzept wurde bewusst die Strategie gewählt, nur mit ärztlich geleiteten Einrichtungen zusammenzuarbeiten, um jederzeit präzise beurteilen zu können, ob der Körper- und Heilungszustand die Belastungssteigerung erlaubt.

KRITERIUM 4

Wurden Ressourcen und Inputs optimal eingesetzt, um die Ziele und erwarteten Ergebnisse zu erreichen? Bitte geben Sie an, welche internen oder externen Evaluationen der guten Praxis durchgeführt wurden und welche Auswirkungen/Resultate bisher erkannt/erzielt wurden.

Die Grundlage der spezifischen arbeitsplatzorientierten Rehabilitation stellt der o.g. Abgleich zwischen Fähigkeits- und Arbeitsplatzanforderungsprofil dar.

Zur Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz haben sich in der Praxis verschiedene standardisierte FCE-Testverfahren etabliert, die eine möglichst objektive Bewertung des individuellen funktionell-physischen Status und der Fähigkeit, die physischen und psychischen Anforderungen einer bestimmten Tätigkeit auszuführen, ermöglichen. Diese Verfahren sind allerdings sehr kosten- und zeitintensiv in ihrer Durchführung.

Aus ökonomischen Gründen wurde deshalb gezielt der Weg gewählt, ein spezifisches „Screening“ zur Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit durchzuführen. Dieser Test beschränkt sich, entsprechend der in der Tätigkeitsanalyse erhobenen Arbeitsplatzanforderungen, auf die relevanten fünf bis sechs Items aus der FCE-Volltestung, mit denen die kritischen Belastungselemente der zuletzt ausgeübten bzw. angestrebten beruflichen Tätigkeit abgebildet werden.

Auch im Rahmen des Arbeitssimulationstrainings wurde aus ökonomischen Gründen bewusst darauf verzichtet, Modellarbeitsplätze als apparative Mindestanforderung der Therapieeinrichtungen zu verlangen. Nachteil solcher Modellarbeitsplätze ist, dass sie relativ viel Fläche und hohe Investitions- und Unterhaltungskosten erfordern. Vielmehr können bereits durch die Grundausrüstung der FCE-Verfahren die große Mehrzahl der Arbeitsabläufe simuliert werden. Die restlichen beruflichen Anforderungen, die nicht durch die Grundausrüstung abgebildet sind, können in der Hand von erfahrenen und kreativen Therapeuten in der Abstraktion trainiert werden.

Aufgrund dieser Überlegungen konnte der Preis für die AOMR unterhalb anderer bekannter berufsorientierter Angebote mit Modellarbeitsplätzen vereinbart werden.

KRITERIUM 5

Welche Lehren wurden gezogen? Inwieweit eignet sich Ihre gute Praxis für die Replikation durch andere Institutionen der sozialen Sicherheit?

Die Ergebnisse der Untersuchung veranschaulichen eindrucksvoll, dass mit einer arbeitsplatzorientierten muskuloskeletalen Rehabilitation der „return to work“ eher möglich ist als allein mit den bisher praktizierten komplextherapeutischen, rein funktionell ausgerichteten Rehabilitationsmaßnahmen. Die Gründe liegen nicht nur in der Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit durch individuelle passgenaue Therapiemaßnahmen sondern auch darin, dass die Rehabilitanden durch die Anwendung

arbeitsplatzorientierter Maßnahmen das Zutrauen in die eigene berufliche Leistungsfähigkeit wiedererlangen.

Die Zielrichtung und die positiven Erfahrungen der VBG mit dem standardisierten Gesamtkonzept einer arbeitsplatzorientierten Rehabilitation fanden schnell das Interesse der anderen Unfallversicherungsträger. Noch im Jahr 2010 begannen auf bundesweiter Ebene der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Beratungen zur Etablierung einer „Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR)“. Diese intensiven konzeptionellen Arbeiten fanden 2011 mit der Beschlussfassung zur Einführung der ABMR ihren erfolgreichen Abschluss.

Auf diese Weise konnte die arbeitsplatzorientierte muskuloskeletale Rehabilitation für alle Versicherten der Gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland zugänglich gemacht werden.

Die Replikation eignet sich aber nicht nur für Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sondern auch für alle Institutionen der sozialen Sicherheit, die die Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben zum Ziel haben.

Dies kann nur erfolgreich gelingen, wenn zum einen bereits während der Therapie der Arbeitsplatzbezug garantiert ist und wenn zum anderen die Inhalte der Therapie kontinuierlich darauf ausgerichtet werden. Hierfür ist der beschriebene systematische Ansatz essentiell:

- Erhebung des Arbeitsplatzanforderungsprofils mit einer standardisierten Tätigkeitsanalyse;
- Ermittlung des Leistungsfähigkeitsprofils mit Hilfe standardisierter FCE-Verfahren;
- kontinuierlicher Abgleich der Fähigkeiten mit den Anforderungen durch speziell in der Arbeitstherapie erfahrenen Therapeuten und Ärzten, um die Therapie fortlaufend an die momentanen Erfordernisse anzupassen.