

MITTEILUNGSBLATT DES  
VEREINS ZUR FÖRDERUNG  
DER REHABILITATIONS-  
FORSCHUNG IN HAMBURG,  
MECKLENBURG-  
VORPOMMERN UND  
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.

# *vffr* - news

**Themenschwerpunkt:  
Assessments zur Einschätzung der  
arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit**

2 / 2015



Ausgabe Nr. 17



## INHALTSVERZEICHNIS

|  |    |
|--|----|
| <b>Neues aus dem vffr</b> .....  | 04 |
| Genehmigte vffr-Projekte 2015.....   | 04 |
| <b>Beiträge zum Themenschwerpunkt</b> .....  | 10 |
| Diagnostische Instrumente in der MBOR.....   | 10 |
| Erfahrungen des Rehazentrum Schwerins mit dem Verfahren der Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)..... | 13 |
| Arbeitsplatztraining im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – Durchführung, Ziele und Akzeptanz .....              | 16 |
| Der Einsatz des FCE-Systems SAPPHIRE in der muskuloskelettalen Reha .....  | 20 |
| <b>Tagungsbericht</b> .....  | 23 |
| <b>Literaturhinweise</b> .....   | 26 |
| <b>Veranstaltungshinweise</b> .....  | 30 |

## IMPRESSUM

### Herausgeber:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.

### Bearbeitung:

Angela Buchholz, Ivo Engert, Catherine Maschler, Ines Buchholz, Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller; Covergestaltung: Catherine Maschler, Angela Buchholz; Quellennachweis: ©flickr: Hartwig HKD

### Erscheinungshinweise:

Die *vffr-news*, das Mitteilungsblatt des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg - Vorpommern und Schleswig-Holstein. Bisher erschienene Ausgaben können jeweils kostenlos über die *vffr*-Homepage ([www.reha-vffr.de](http://www.reha-vffr.de)) bezogen werden. Ein Literaturverzeichnis dieser Ausgabe kann über die Redaktion angefordert werden.

### Hinweis zum Sprachgebrauch:

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir im gesamten Newsletter das sog. generische Maskulinum.

### Redaktion:

Dr. Angela Buchholz

ISBN: 1866-5683 (Printausgabe)

ISSN: 1866-5691 (Internetausgabe)



## Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten die 17. und bis auf weiteres letzte Ausgabe der *vffr*-news in den Händen, die unter redaktioneller Zusammenarbeit der *vffr*-Methodenzentren in Hamburg, Lübeck und Greifswald und der DRV-Nord erscheinen wird. Das wissenschaftliche Sekretariat an der Universität Lübeck und die beiden Methodenzentren an den Universitäten Hamburg und Greifswald verlieren ihre Finanzierung, mit der u.a. der regelmäßige Newsletter erstellt werden konnte. Dementsprechend ist der weitere Weg des *vffr* – wie die Titelseite treffend darstellt – momentan noch etwas unklar.

Wir bedauern diese Entwicklung sehr, die vielschichtige, v.a. auch budgetäre Gründe hat, die wir nicht in diesem Editorial darlegen können. Wichtig bleibt festzuhalten, dass uns die Auswahl von Themenschwerpunkten sowie die Zusammenstellung von reha-relevanten Forschungsthemen, Publikationen und Veranstaltungsterminen immer viel Spaß gemacht. Zudem hoffen wir, dass der Newsletter Ihnen als Nutzer und Leser jedes Mal auch einen sehr guten Überblick über aktuelle Themen rund um die Rehabilitation im norddeutschen Raum vermittelt hat. Zu Beginn des Newsletters wird daher über die aktuelle Situation des *vffr* und die Möglichkeiten der Forschungsförderung informiert. Zudem erfahren Sie, welche Projekte vom *vffr* im Jahr 2015 zur Förderung angenommen wurden.

Für diese Ausgabe mit dem Themenschwerpunkt »Assessments zur Einschätzung der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit« haben wir Ihnen mehrere spannende Beiträge zusammengestellt: Dr. Ines Buchholz beschreibt einleitend zu unserem Themenschwerpunkt, welche Assessmentverfahren in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) üblich und einsetzbar sind. Es folgen Erfahrungsberichte zum Einsatz zweier Instrumente in der medizinischen Rehabilitation. Herr Schulz aus dem Rehazentrum Schwerin beschreibt den Einsatz des Verfahrens Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), Dr. Peter Kupatz schildert Erfahrungen mit SAPPHERE, einem System zur Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Dr. Vogel und Prof. Dr. Hoberg beschreiben Durchführung,

Ziele und Akzeptanz eines Arbeitsplatztrainings in der medizinischen Rehabilitation.

Am 14. Dezember diesen Jahres fand turnusmäßig das *vffr*-Symposium statt, diesmal zum Thema Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation. Der Tagungsbericht von Frau Dr. Angela Buchholz fasst diese interessante Konferenz für Sie zusammen. Wie gewohnt erfolgt abschließend eine Darstellung von Publikationen und Terminen mit Reha-Bezug im norddeutschen Raum.

So bleibt uns an dieser Stelle nur übrig, Ihnen allen schöne Feiertage, einen guten Start in das Jahr 2016 und eine gute Zeit zu wünschen – und zu hoffen, dass Sie auch weiterhin Ihr Interesse an der Rehabilitation, ihrer Beforschung, Evaluation und Verbesserung behalten.

Es lohnt sich!

Viel Spaß beim Lesen und Danke für Ihr langjähriges Interesse!

**Dr. Angela Buchholz &  
Prof. Dr. Dr. Martin Härter**  
Für die Redaktion der *vffr*-news



### Neues aus dem *vffr*

Wie in den *vffr*-News 1/2015 berichtet, kann die DRV Nord dem *vffr* aus budgetrechtlichen Gründen keine Mittel mehr zur direkten Forschungsförderung bereitstellen. Sie plant jedoch weiterhin, innovative und erfolgversprechende Forschungsprojekte mit für die DRV Nord relevanten Forschungsfragen zu fördern. Forschungsanträge, die sich mit der Rehabilitation der Rentenversicherung befassen, sind ab sofort direkt bei der DRV Nord einzureichen. Für Fragen steht Frau Dr. Glaser-Möller, Leiterin der Stabsstelle Reha-Strategie und Steuerung der DRV Nord, zur Verfügung.

Eine andere Folge dieser Entwicklung ist, dass das wissenschaftliche Sekretariat an der Universitätsklinik Lübeck sowie die beiden regionalen Methodenzentren an den Universitätskliniken Hamburg und Greifswald ihre Arbeit einstellen. Die jahrelange Förderung dieser Zentren endet

auch deswegen, weil bisher keine andere konstruktive Lösung für eine mögliche Weiterfinanzierung gefunden wurde. Die Mitglieder wurden anlässlich der regulären Mitgliederversammlung des *vffr* am 11. August 2015 über diese Änderungen und die weitreichenden Folgen für den *vffr* informiert. Auch die Satzung des Vereins muss überarbeitet werden. Der Änderungsvorschlag soll auf diese neue Situation ausgerichtet werden. Die neue Satzung soll durch eine inhaltliche Veränderung eine andere Schwerpunktsetzung der künftigen Vereinsaufgaben ermöglichen. Ziel ist es, das Potenzial des *vffr* und seiner Mitglieder weiterhin zu nutzen und die Forschung noch stärker auf eine Optimierung der Versorgung auszurichten. Zum Redaktionsschluss ist noch offen, inwieweit die Mitglieder des *vffr* dieser neuen Satzung zustimmen werden. Sobald hier eine Entscheidung gefallen ist, wird die neue Satzung auf der Internetseite des *vffr* veröffentlicht.

### Genehmigte *vffr*-Projekte 2015

#### Ergebnisqualität der Schlaganfallrehabilitation in der BAR-Phase D.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>PROJEKTLEITUNG</b> | Dr. med. Hans-Peter Neunzig, Dr. med. Andreas Christoph Arlt, Dr. med. Jochen Steinmetz, PD Dr. Ruth Deck   |
| <b>EINRICHTUNG</b>    | Waldklinik Jesteburg, Klinikum Bad Bramstedt/Klinik für Neurologische Rehabilitation, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie/Fachbereich Rehabilitation   |
| <b>PROJEKT-NR.</b>    | 197   |
| <b>FÖRDERER</b>       | DRV Nord  |
| <b>DAUER</b>          | 15 Monate   |
| <b>KOOPERATIONEN</b>  | Sechs Reha-Einrichtungen: Zentrum für Rehabilitation Jesteburg; RehaCentrum Hamburg; MEDIAN Reha-Zentrum Gyhum; Diana-Klinik, Bad Bevensen; Neurologische Rehabilitationsklinik des Klinikums Bad Bramstedt; Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen.   |
| <b>HINTERGRUND</b>    | Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hält neurologische Rehabilitationsleistungen für Schlaganfallpatienten vor, die entsprechenden Kliniken sind auch zur Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm verpflichtet, eine gesonderte Darstellung der Daten zu dieser Krankheitsindikation werden aber nicht gesondert aufgeführt (DGRW Update Neurologie). Dies erschwert die Einordnung der Ergebnisse einzelner Kliniken der Schlaganfallrehabilitation. Ziel der vorliegenden Studie ist die längsschnittliche Beschreibung des Gesundheitsverlaufs von Schlaganfallrehabilitanden und deren klinikspezifische Einordnung. |
| <b>ZIELSETZUNG</b>    | Es wird eine Beobachtungsstudie im längsschnittlichen Verlauf durchgeführt, um die Ergebnisse der Schlaganfallrehabilitation einzelner neurologischer Reha-Einrichtungen zu vergleichen.  |

Hypothesen und sekundäre Fragestellungen:

- Die Rehabilitationsbehandlung des Schlaganfalls in der Phase D führt zu deutlichen und messbaren Verbesserungen der Fähigkeiten der Patienten in Bezug auf deren Aktivitäten und Teilhabe im sozialen Alltag.
- Die Verbesserungen sind nachhaltig und mindestens 4 Monate nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung noch nachweisbar.
- Welchen Einfluss hat der Eingangsschweregrad auf die Reha-Ergebnisse?
- Welchen Einfluss haben ambulante Nachsorgemaßnahmen auf die Nachhaltigkeit der Reha-Ergebnisse?
- Unterscheiden sich die beteiligten Einrichtungen hinsichtlich der Reha-Erfolge und worauf lassen sich mögliche Unterschiede zurückführen?

Es handelt sich um eine prospektive, multizentrische Beobachtungs- und Verlaufsstudie mit drei Messzeitpunkten: vor und nach der Reha sowie 4 Monate nach Reha-Ende. Die Rehabilitanden werden in den Kliniken konsekutiv eingeschlossen ( $N = 600$ ). Es werden standardisierte schriftliche Befragung durchgeführt, untersucht werden Einschränkungen der Teilhabe, verschiedene Skalen zur subjektiven Gesundheit, Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen, Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit, Reha-Erwartungen und Ziele, Empfehlungen und Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten.

Subgruppenanalysen erfolgen nach Krankheitsschwere, Alter und Geschlecht. Ferner wird überprüft, ob und welche Nachsorgeempfehlungen den Rehabilitanden mitgegeben werden, ob sie von den Rehabilitanden umgesetzt werden und ob die Nachhaltigkeit der Reha damit zusammenhängt.

Zuletzt wird geprüft, ob und wie sich die einzelnen Kliniken – ggf. nach statistischer Kontrolle relevanter Patientenmerkmale (Alter, Geschlecht, Krankheitsschwere) – hinsichtlich der Outcomes unterscheiden. Um mögliche Unterschiede zwischen den Kliniken zu interpretieren und zu erklären werden Qualitätszirkel durchgeführt.

#### METHODIK

Optimierung der Bewertungsmöglichkeiten der Ergebnisse der Schlaganfallrehabilitation sowie Hinweise zur Verbesserung von Rehabilitationsmaßnahmen.

#### RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

## Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen, schweren Hauterkrankungen (ResHa).

Uwe Tiedjen, Dr. med. Rainer Stachow, Dr. Marion Küppers-Chinnow, Dr. med. Sibylle Scheewe, Prof. Dr. Petra Hampel  
 Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V.  
 188, Phase II  
 DRV Nord  
 30 Monate  
 Rehaforschung Fachklinik Sylt e.V., Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche (Sylt/Westerland), Europa-Universität Flensburg

#### PROJEKTLEITUNG

#### EINRICHTUNG

#### PROJEKT-NR.

#### FÖRDERER

#### DAUER

#### KOOPERATIONEN

Von September 2014 bis August 2015 wurde im Rahmen eines *vffr*-Projektes ein Konzept für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und schweren Hauterkrankungen entwickelt. Zu Grunde gelegt wurde ein konsensualer Abstimmungsprozess mit Betroffenen und deren Familien, den jeweiligen Selbsthilfevereinigungen sowie den wenigen in Deutschland und Österreich vorhandenen Behandlungszentren. Dieses Konzept soll in den Routineablauf

#### HINTERGRUND

Routineablauf der Fachklinik Sylt implementiert werden.

- ZIELSETZUNG** In der Implementierungsstudie sollen unterschiedliche Aspekte geprüft werden:
1. Umsetzbarkeit und Kosten
  2. Zufriedenheit von Patienten und Eltern, differenziert nach Indikation, Dauer und Schweregrad der Erkrankung
  3. Medizinische, psychosoziale und berufliche Effekte
  4. Akzeptanz anderer Versorger.

**METHODIK** Es handelt sich um eine deskriptive Längsschnittstudie im Ein-Gruppen-Prä-Post-Follow-up-Design mit Patienten der Indikationen Epidermolysis Bullosa (EB) und Ichthyosen. Eingeschlossen werden ca. 14 Patienten mit EB und 40 Patienten mit Ichthyosen. Für die Umsetzung des Konzepts werden in einem ersten Schritt Schulungsmaterialien erstellt und in der Klinik implementiert.

Die oben genannten Fragestellungen werden mit einem Methodenmix analysiert. Machbarkeit und Zufriedenheit sowie die Akzeptanz des Konzepts werden sowohl in Interviews als auch mit Fragebögen erfasst und werden qualitativ und quantitativ ausgewertet. Die Fragebögen und Interviewleitfäden werden im Rahmen des Projekts erstellt. Für die Untersuchung der Effekte des neuen Therapiekonzepts werden standardisierte Instrumente (z.T. der DRV) eingesetzt, die statistischen Analysen sollen Varianz und Regressionsanalysen sowie Chi<sup>2</sup>-Tests umfassen.

**RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS** Es soll geklärt werden, ob die in der Phase I des Projektes entwickelten Reha-Maßnahmen bei schweren seltenen Hauterkrankungen förderlich zur Unterstützung der Aufnahme einer (späteren) Erwerbstätigkeit sein können.

---

### Warum sind onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung rückläufig? - Eine Mixed-Methods-Studie mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren.

---

**PROJEKTLEITUNG** PD Dr. Ruth Deck, Anna Lena Walther, M.A., PD Dr. Annika Waldmann, Dr. Valentin Babaev, Prof. Dr. med. Aalexander Katalinic

**EINRICHTUNG** Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck,  
Institut für Krebsepidemiologie e.V. an der Universität Lübeck

**PROJEKT-NR.** 201

**FÖRDERER** DRV Nord

**DAUER** 18 Monate

**KOOPERATIONEN** Versorgungszentren Imland Klinik Rendsburg/Eckernförde, Regio Kliniken, Klinikum Itzehoe

**HINTERGRUND** Die Inzidenz onkologischer Erkrankungen steigt und die Überlebensraten bei einer onkologischen Erkrankung nehmen zu. Damit steigt auch der Anteil derjenigen, die an den potentiellen Folgen der Krebserkrankung oder deren Therapie leiden und die damit einen potentiellen Reha-Bedarf aufweisen und eine entsprechende Leistung zur medizinischen Reha in Anspruch nehmen können. Aber invers zur Inzidenz und zur Überlebenszeit gehen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach einer onkologischen Erkrankung zurück. Bislang ist unklar wie dieser Rückgang zustande kommt und welche Faktoren – z. B. individuelle, soziale, strukturelle oder versorgungspolitische – ihn beeinflussen.

**ZIELSETZUNG** In der Studie soll mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen untersucht werden, welche Gründe für oder gegen eine Reha-Maßnahme auf Patientenseite im Vordergrund stehen. In

Kenntnis potentieller Einflussfaktoren können Strategien entwickelt werden um eine ungünstige Entwicklung zu beeinflussen.

Das Projekt beinhaltet zwei methodische Zugänge:

1. In einem qualitativen Studienabschnitt werden Interviews mit Patienten der Indikationen Brust- Darm- oder Prostatakrebs durchgeführt ( $N = 10$  pro Indikation). Die Patienten werden nach fördernden und hemmenden Faktoren hinsichtlich einer Reha-Maßnahme gefragt, nach Einstellungen und Meinungen über die Reha, nach sozialen und familiären Einflussfaktoren.
2. Im einem quantitativen Studienabschnitt werden die Informationen aus den Interviews aufbereitet und dienen als Basis für die Entwicklung eines standardisierten schriftlichen Fragebogens, mit dem Betroffenen 1 Jahr bzw. 3 Jahre nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung schriftlich befragt werden ( $N = 150$  pro Indikation). Zielgrößen der Befragung sind die Inanspruchnahme einer Reha-Maßnahme und die Gründe dafür oder dagegen, einschließlich der damit verbundenen Erfahrungen, Bewertungen und Empfehlungen sowie alternative Weiterbehandlungsformen und deren Bewertung im Vergleich zur medizinischen Reha. Unterschiede zwischen den Indikationen werden geprüft. Die Auswertungen erfolgen differenziert und unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Sozialschicht sowie Krankheits-schwere und gesundheitsbezogenen Parametern. Die Rekrutierung der Patienten erfolgt über kooperierende Versorgungszentren.

#### METHODIK

In der Studie sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Hürden und Hemmnisse die Inanspruchnahme einer Reha erschweren, welche Gründe zu einer Nichtinanspruchnahme führen und ob sie mehr im krankheits- bzw. gesundheitsbezogenen, in strukturellen oder sozialen Bereichen zu finden sind. Daraus lassen sich Hypothesen ableiten, warum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen rückläufig sind.

#### RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

### Partizipationsbedürfnis und Selbstwirksamkeitserwartung bei Entscheidungsprozessen für eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung aus Rehabilitandensicht.

Dr. Hanne Melchior, Prof. Dr. Dr. Martin Härter  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie  
 202  
 DRV Nord  
 18 Monate  
 Curtius-Klinik Bad Malente, Segeberger Kliniken, MedClin Seepark Klinik Bad Bodenteich

PROJEKTLEITUNG  
 EINRICHTUNG  
 PROJEKT-NR.  
 FÖRDERER  
 DAUER  
 KOOPERATIONEN

Das Konzept der medizinischen Rehabilitation setzt eine hohe Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Rehabilitanden voraus. Bisläng ist weitgehend unklar, ob und wie Rehabilitanden schon bei der Entscheidung für die Behandlung beteiligt werden. Bisherige Studien weisen sowohl auf die patientenseitig wahrgenommene zu späte Einleitung einer adäquaten Behandlung sowie auf einen hohen Bedarf an Entscheidungshilfen bezüglich der Behandlungsoptionen für psychisch erkrankte Menschen hin.

#### HINTERGRUND

Es sollen Zugangswege und Entscheidungsprozesse für eine psychosomatische Reha-Behandlung unter Berücksichtigung von Partizipationsbedürfnissen und Selbstwirksamkeitserwartungen aus Rehabilitandensicht untersucht werden. Folgende Fragen stehen im Vordergrund:

#### ZIELSETZUNG

1. Wie stellen sich die Zugangswege und Entscheidungsprozesse vor der psychosomatischen

- Reha-Behandlung aus Rehabilitandensicht dar und wie werden diese bewertet?
2. Welche Faktoren tragen zu der Entscheidung für eine stationäre oder ambulante psychosomatische Behandlung bei?
  3. Wie ist / war die Selbstwirksamkeitserwartung der Rehabilitanden hinsichtlich der Entscheidungsbeteiligung? Aus den Ergebnissen soll unter Einbindung von Experten eine Entscheidungshilfe konzipiert werden, die anschließend evaluiert werden soll.

**METHODIK** Es handelt sich um eine qualitative Studie mit mehreren Studienabschnitten. In einem ersten Studienabschnitt werden halbstrukturierte Interviews mit psychosomatischen Rehabilitanden ( $N = \text{max. } 36$ ) durchgeführt (Fragen 1–3). Die Rehabilitanden werden zu Beginn oder kurz vor Abschluss der stationären Reha befragt. Aus den Ergebnissen der Interviews werden Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen erstellt, die in einem Expertengremium (Behandler aus Reha-Kliniken, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Kostenträger,  $N = 8–10$ ) diskutiert und ergänzt werden. In einem zweiten Studienabschnitt werden die fertig gestellten Informations- und Entscheidungsmaterialien mit Rehabilitanden in Fokusgruppen (je  $N = 6–8$ ) auf Verständlichkeit, Akzeptanz und Nützlichkeit geprüft. Diese werden in den kooperierenden Kliniken durchgeführt.

**RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS** Die Entscheidungshilfe könnte dazu beitragen, dass die Verteilung der Patienten zu den Versorgungssystemen derart erfolgt, dass möglichst individualisiert und patientenorientiert eine angemessene Behandlung ermöglicht werden kann. Folglich würde auch hinsichtlich der Patienten, die eine psychosomatische Reha-Behandlung abwägen, eine positive Selektion stattfinden, so dass vor allem die Patienten eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen, die auch optimal davon profitieren können. Berichte der Rehabilitationseinrichtungen wurden analysiert. Des Weiteren wurden die Internetauftritte der jeweiligen Einrichtungen ausgewertet. Zusätzlich erfolgte die Durchführung von Experteninterviews. Diese wurden sowohl mit klinisch-geriatrisch tätigen Vertretern als auch mit Vertretern der jeweiligen Landesministerien und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen geführt.

---

### Subjektives Erleben und Bedarf an spezifischen psychokardiologischen Interventionen während der Rehabilitationsbehandlung bei Herzinfarktpatienten mit frühen Kindheitstraumata.

---

**PROJEKTLEITUNG** Prof. Dr. Lutz Götzmann  
**EINRICHTUNG** Segeberger Kliniken, Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie  
**PROJEKT-NR.** 203  
**FÖRDERER** DRV Nord  
**DAUER** 12 Monate  
**KOOPERATIONEN** Prof. Gert Richardt, Dr. Ronja Westphal, Herzzentrum der Segeberger Kliniken sowie Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie, Bad Segeberg

**HIINTERGRUND** Traumatisierende Kindheitserfahrungen gelten als Risikofaktor für die Entstehung psychischer, psychosomatischer und kardialer Erkrankungen. Frühe traumatische Erfahrungen können emotionale Muster ausbilden, die sich in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen wie auch in negativen Affekten äußern. Insbesondere in der Rehabilitation spielen die Auswirkungen früher Traumatisierungen eine wesentliche Rolle, wurden bisher jedoch in wissenschaftlicher Hinsicht eher unterschätzt. Die Frage des Einflusses einer psychosozialen Vulnerabilität auf Grund früher Traumatisierungen ist in der psychokardiologischen Rehabilitation von besonderer Relevanz.

In einer qualitativen Studie soll untersucht werden, ob und wie sich frühe psychische Traumata auf das subjektive Erleben von Reha-Herzinfarktpatienten auswirken, ob die Krankheitsverarbeitung während der Reha-Behandlung dadurch negativ beeinflusst wird und ob während der Reha-Behandlung ein spezifischer Bedarf an Trauma-orientierten psychokardiologischen Interventionen besteht.

**ZIELSETZUNG**

Die Rekrutierung der Patienten erfolgt in der kardiologischen Rehabilitationsabteilung der Segeberger Kliniken. Es sollen 20 Patienten mit einem Herzinfarkt eingeschlossen werden, bei denen ein Verdacht auf frühe Traumatisierung besteht. Frühe Traumatisierung wird mit einem Screening-Fragebogen (Fremdbeurteilung durch den behandelnden Arzt) festgestellt. Mit den Patienten wird durch die Studienärztin ein semistrukturiertes Interview durchgeführt.

**METHODIK**

Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Zentrum der Textanalyse steht die Untersuchung früher psychischer Traumatisierungen und aktueller Belastungen im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt.

Einschlusskriterien sind ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die Fähigkeit sich in deutscher Sprache zu verständigen. Ausgeschlossen werden Patienten mit einer nach dem Herzinfarkt weiter bestehenden schweren körperlichen Beeinträchtigung, sowie Patienten mit einer vor dem Herzinfarkt bekannten/ diagnostizierten psychischen Erkrankung.

Auf der Basis der qualitativen Befunde und Ergebnisse der Studie ist im Anschluss eine empirisch-quantitative Untersuchung an einer größeren Stichprobe geplant, um belastbare Handlungsempfehlungen für die Praxis der Rehabilitation abzuleiten.

**RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS**


---

### Vergleichende Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des SF-36/SF-12 vs. VR-36/VR-12.

---

Dipl.-Psych. Ines Buchholz, Prof. Thomas Kohlmann  
 Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine  
 205  
*vffr*  
 18 Monate  
 Reha-Einrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns, z.B. MEDIAN Klinik Bad Sülze, MediClin Dünenwald Klinik, Trassenheide, »Moorbad« Bad Doberan, MEDIAN Klinik Heiligendamm, Reha-Klinik »Garder See« GmbH, Lohmen

**PROJEKTL EITUNG**  
**EINRICHTUNG**  
**PROJEKT-NR.**  
**FÖRDERER**  
**DAUER**  
**KOOPERATIONEN**

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität spielt in der Rehabilitationsforschung eine herausragende Rolle. In der Regel wird der SF-36 eingesetzt. Dieser Fragebogen muss käuflich erworben werden. Eine vielversprechende kostenfreie Alternative zum gut eingeführten, aber lizenzpflichtigen SF-36 stellt der von der U.S.-amerikanischen Veterans Health Administration (VHA) auf der Basis des SF-36 entwickelte VR-36 dar. Da das Verfahren auch zukünftig als Public-Domain-Lizenz der breiten Öffentlichkeit zugänglich sein wird, könnte es die Lücke eines frei verfügbaren Lebensqualitätsinstruments schließen.

**HINTERGRUND**

Ziel des beantragten Forschungsprojektes ist die Validierung der deutschsprachigen Versionen des VR (VR-36, VR-12) bei einem repräsentativen Querschnitt stationärer orthopädischer und psychosomatischer Rehabilitanden.

**ZIELSETZUNG**

In einem multizentrischen Prä-Post-Design werden Rehabilitanden der beiden Indikationen Orthopädie und Psychosomatik gebeten, jeweils zu Reha-Beginn und bei Reha-Ende den VR oder

**METHODIK**

den SF sowie eine Testbatterie konstruktverwandter Fragebögen zu beantworten. In der Testbatterie sollen zu beiden Messzeitpunkten Instrumente zusammengestellt werden, die solche Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen, die auch durch den VR bzw. den SF abgebildet werden. Zum ersten Befragungszeitraum sollen außerdem soziodemografische Variablen und weitere Reha-relevante Aspekte, darunter Komorbidität und sozialmedizinische Parameter, erhoben werden. Da es aufgrund der starken Ähnlichkeit beider Instrumente nicht machbar sein wird, sowohl den SF als auch den VR durch ein- und denselben Studienteilnehmer ausfüllen zu lassen, sollen vier Gruppen gebildet werden. Eligible Studienpatienten werden konsekutiv in die Studie aufgenommen und randomisiert einer der vier Gruppen zugewiesen.

#### RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS

Durch die Übersetzung und Validierung des Instrumentes wird eines der in der Reha-Forschung und in vielen anderen – nicht nur medizinischen – Disziplinen am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bereitgestellt, das wegen der Public-Domain-Lizenz ein schon lange bestehendes Lizenzproblem löst. Als nahezu inhaltsäquivalentes Pendant zum SF-36 wird der Forschung und Praxis mit dem VR ein kostenfrei verwendbares Instrument zur Verfügung gestellt, das wegen der großen Ähnlichkeit Vergleiche mit dem bislang sehr häufig eingesetzten SF-36 erlaubt, für den international zahlreiche Vergleichsdaten zur Verfügung stehen.



#### Diagnostische Instrumente in der MBOR

von Dipl.-Psych. Ines Buchholz

Institut für Community Medicine, Abteilung Methoden der Community Medicine

Universitätsmedizin Greifswald

ines.buchholz@uni-greifswald.de

**D**ie medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) soll in besonderem Maße auf die spezifischen Bedürfnisse der im Erwerbsleben stehenden Rehabilitanden eingehen. Anders als bei einer »traditionellen« Reha-Maßnahme liegt der Behandlungsfokus hier neben der Erkrankung vornehmlich auf der beruflichen Situation. Um die therapeutischen Maßnahmen bedürfnisorientiert an den Herausforderungen der Arbeitswelt eines einzelnen Rehabilitanden ausrichten zu können, sind zuverlässige Aussagen über individuelle Arbeitsplatzanforderungen einerseits sowie die körperliche Leistungsfähigkeit, die Problemlagen und das Belastungsvermögen des jeweiligen Rehabilitanden andererseits erforderlich. Spezielle diagnostische Instrumente bzw. Assessments stellen in diesem besonderen Setting daher unverzichtbare Werkzeuge dar. Sie bilden die Grundlage für Therapieplanung und -steuerung und werden bei Ende der MBOR häufig zur Beantwortung sozialmedizinischer Fragestellungen herangezogen.

Richtig ausgewählt und zusammengestellt, können solche Assessments dabei helfen:

- Rehabilitanden mit besonderen arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen zu erkennen (→ Screening-Verfahren),
- deren individuelle arbeitsplatzbezogene Leistungsfähigkeit (capacity) subjektiv (→ Selbstbeurteilungsinstrumente, meist Fragebögen) und/oder objektiv zu erfassen und zu beschreiben (→ FCE-Systeme), sowie
- individuelle Arbeitsanforderungen und arbeitsplatzbezogene Fähigkeiten miteinander zu vergleichen (→ Dokumentationssysteme).

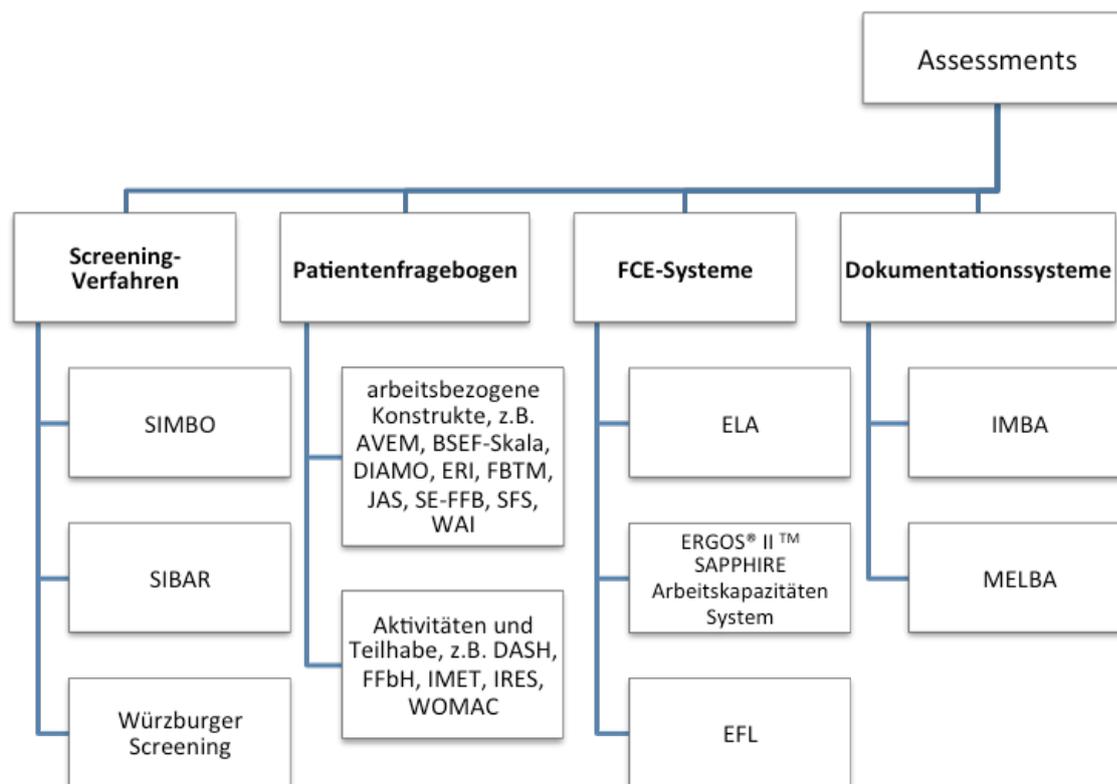
Im ersten Abschnitt dieses Beitrags soll ein kurzer Überblick über zur Verfügung stehende Assessments aus dem Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gegeben werden. Eine ausführlichere Vorstellung dieser ist für den interessierten Leser im Praxishandbuch »Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabili-

tation« der DRV Bund zu finden. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den FCE-Systemen EFL und SAPPHIRE.

Die Testverfahren werden von ärztlichen Klinikleitern, Verwaltungsdirektoren und Sporttherapeuten, die sich im Zuge des Angebots von MBOR-Leistungen für die Anschaffung und Anwendung dieser Verfahren in ihren Reha-Einrichtungen entschieden haben, in einem Erfahrungsbericht vorgestellt.

### Diagnostische Instrumente in der MBOR – Welche Verfahren für welche Anwendungsgebiete gibt es?

Abb. 1 zeigt eine Zusammenschau ausgewählter Assessments aus den jeweiligen Themenkomplexen. Die Zusammenstellung der Instrumente erhebt jedoch weder Anspruch auf Vollständigkeit, noch hat sie Empfehlungscharakter. Die aufgeführten Instrumente sollen exemplarisch für in der Praxis eingesetzte Assessments stehen.



**Abb. 1:** Schematische Gliederung von diagnostischen Instrumenten zur Erfassung und Beschreibung arbeits- und berufsbezogener Problemlagen (BPL)

**Anmerkungen:** AVEM, Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. BSEF-Skala, Skala zur Erfassung genereller beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen. DASH, Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. DIAMO, Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation. EFL, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach S. Isernhagen, in der englischsprachigen Literatur aus Isernhagen Work Systems FCE (IWS) oder neuerdings WorkWell Systems (WWS). ELA Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten. ERI, Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. FBTM, Fragebogen zur Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation. FFbH, Funktionsfragebogen Hannover, IMBA, Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. IMET, Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. IRES, Indikatoren des Reha-Status (IRES-3, IRES-24). JAS, Job Angst Skala. MELBA, Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit. SE-FFB, Skalen zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Beruf. SF-36, Short Form 36. Spinal Function Sort, auch bekannt als Performance Assessment and Capacity Testing, PACT-Test. WAI, Work Ability Index. WOMAC, Western Ontario and MacMasters Universities Osteoarthritis Index

**Screening-Verfahren** wie das Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (SIMBO), das Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR) oder das Würzbürger Screening, können dabei helfen, Rehabilitanden mit besonderen arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen zu erkennen. Sie sind i.d.R. der eigentlichen ausführlicheren Diagnostik vorgeschaltet und können eine Entscheidungshilfe bei der bedarfsgerechten Zuweisung von Antragsstellern sein. Die in der Praxis verwendeten Verfahren wurden umfassend erprobt und sind in der Literatur ausführlich beschrieben worden. Nähere Informationen zu diesen und anderen weiter unten beschriebenen Instrumenten zzgl. Download-Möglichkeiten gibt es z.B. auf der von der Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften der Julius-Maximilians-Universität Würzburg zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation gestalteten Internetseite:

[http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische\\_instrumente/](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/bausteine/diagnostische_instrumente/)

**Patientenfragebögen** sind aus dem Bestand diagnostischer Verfahren in der medizinischen Rehabilitation nicht mehr wegzudenken. Die in diesem Bereich zur Verfügung stehenden Instrumente sind i.d.R. theoretisch fundiert und methodisch gut erprobt. Sie sollen dabei helfen, die Sichtweise der Patienten abzubilden. Beispielsweise ermöglichen sie es, zu erfassen, wie Patienten ihren eigenen Gesundheitszustand sehen und ob und in welchen Bereichen ihres Lebens sie Einschränkungen in den Aktivitäten und der Teilhabe wahrnehmen. Die erfassten Selbsteinschätzungen sind u.a. für die Beschreibung von Erkrankungsbild, -schwere und -verlauf z.B. im Rahmen der Anamnese, der Therapie(ziel)planung und der Evaluation des Behandlungsverlaufs besonders sinnvoll und zweckdienlich. Im Kontext der MBOR sind dabei v.a. Verfahren von Interesse, die

- im Zusammenhang mit der MBOR stehende individuelle Kontextfaktoren (z.B. Motivation (z.B. DIAMO, FREM-17/FREM-8, PAR-REMO-20), arbeitsplatzbezogene Einstellungen, Erwartungen und Überzeugungen

(z.B. AVEM, BSEF-Skala, FBTM, JAS)) sowie

- die subjektiv wahrgenommene berufliche Leistungsfähigkeit (z.B. SE-FFB, PACT, WAI), Funktions- (z.B. DASH, FFbH, WOMAC) und Teilhabe einschränkungen (z.B. IMET) in der Selbstauskunft erfragen.

### » Patientenfragebögen sind aus dem Bestand diagnostischer Verfahren in der medizinischen Rehabilitation nicht mehr wegzudenken.«

**FCE-Systeme** (functional capacity evaluation) sind Testverfahren, die für eine möglichst realitätsnahe objektive Beurteilung der arbeitsplatzbezogenen körperlichen (funktionellen) Leistungsfähigkeit entwickelt worden sind. Gemeinhin bestehen diese Verfahren aus unterschiedlich vielen standardisierten Leistungstests, die individuell häufig vorkommende arbeitsplatzrelevante Tätigkeiten (z.B. Heben, Tragen, eine Leiter steigen, Gehen, Stehen) erfassen sollen. In die Bewertung der funktionellen Leistungsfähigkeit eines Rehabilitanden fließen neben den Beobachtungen während der Testdurchführung gewöhnlich auch anamnestische Erhebungen, Selbstauskünfte der Patienten (z.B. PACT) und Beobachtungen mit ein. Beispiele für solche FCE-Systeme sind die Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, Kaiser et al. 2000, Grosser 2007), das ERGOS II Work Simulator System (Kaiser et al. 2000, Heipertz et al. 2002), das aus der ERGOS-Familie stammende System SAPPHIRE (WREBV-Manual 2011, Meiner et al. 2013) sowie die Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA, Alles 2010, <http://www.iqpr.de/iqprweb/seiten/forschung/qualitaetsicherung/fce/ela/ela.aspx>).

In der Literatur wird empfohlen, die Ergebnisse aus solchen sogenannten Arbeitsplatzsimulationen um weitere Informationen z.B. aus klinischen Untersuchungen, Funktionsmessungen und Selbsteinschätzungen des Patienten zu ergänzen. Aus ökonomischen Gründen (Zeit, Kosten) und wegen ihrer prognostischen Wertigkeit (Prädiktion von Morbidität und Mortalität, Prädiktion der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Prädiktion der Rückkehr ins Erwerbsleben

u.v.m.) haben sich dafür Selbstbeurteilungsfragebögen als besonders geeignet erwiesen.

Wenn es darum geht, die Anforderungen eines Arbeitsplatzes zu beschreiben (Anforderungsprofil) und mit den individuellen arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten (Fähigkeitsprofil) eines Rehabilitanden zu vergleichen, können **Dokumentationssysteme** eine Hilfe sein. Für die Erstellung der Fähigkeitsprofile werden i.d.R. unterschiedliche Informationsquellen (z.B. ärztliche Untersuchung, Selbstauskunft des Arbeit-

nehmers, Fremdanamnesen, Ergebnisse aus der psychologischen Begutachtung oder aus anderen EFL-Untersuchungen) herangezogen. Prominente Beispiele für Dokumentationssysteme, für die in der Literatur auch der Begriff der Profilvergleichsverfahren verwendet wird, sind die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA, Glatz & Schian 2007) sowie die Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA, Kleffmann et al. 1997, Achterberg et al. 2011).

### Erfahrungen des Rehasentrum Schwerins mit dem Verfahren der Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

von Jörn Schulz

Sporttherapeut im Rehasentrum Schwerin

[j.schulz@reha-schwerin.de](mailto:j.schulz@reha-schwerin.de)



Im Ambulanten Rehasentrum in Schwerin wird das EFL-Verfahren nach Susan Isernhagen angewendet. Mit diesem System der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit kann mit Hilfe von arbeitsbezogenen Leistungstests eine sichere Aussage über die weitere berufliche Prognose getroffen werden.

Das EFL-System wurde von Susan Isernhagen in den 80er Jahren in den USA entwickelt und gelangte 1991 durch M. Oliveri und M.L. Hallmark-Itty in die Schweiz und somit erstmals nach Europa. EFL etablierte sich dort als Assessmentbasis, sowohl im Rahmen medizinischer Beurteilungen und Gutachten, als auch für die Planung eines Rehabilitationsprogramms. Das EFL-Verfahren bildet die Schnitt-

stelle zwischen medizinischer und beruflicher Abklärung. Beleuchtet werden Fragestellungen hinsichtlich der beruflichen Eingliederung aus Sicht der arbeitsbezogenen, körperlichen Belastbarkeit, unter Berücksichtigung der Anforderungen an einen bestimmten oder an andere, in Betracht zu ziehende, Arbeitsplätze.

Implementiert in die Medizinisch-Beruflich-Orientierte Rehabilitation (MBOR) wird die Therapie bereits am Anfang auf die berufliche Situation bzw. Arbeit abgestimmt. So kann es gelingen, im Reha-Entlassungsbericht direkten Bezug zur Arbeit zu nehmen und auch erste Impulse hinsichtlich eines fließenden und stellenerhaltenden Übergangs zurück in die Arbeitswelt zu setzen.



Um den Rehabilitanden den beruflichen Wiedereinstieg zu ermöglichen, werden ihre typischen Arbeitsplatzanforderungen in vorgegebenen Belastungsniveaus simuliert und ihre entsprechenden funktionellen Defizite spezifisch und arbeitsplatzbezogen therapiert bzw. trainiert.

Das EFL-System basiert auf 29 standardisierten funktionellen Leistungstests, welche die Belastbarkeit für typische physische Funktionen der Arbeit beleuchten. Die Tests werden auf zwei Tage verteilt und dauern insgesamt rund sechs Stunden. Mit diesen Ergebnissen oder Daten wird für jede der getesteten Belastungsformen, z.B. Kriechen, Schieben, Sitzen, Knien usw., anhand von Erfahrungswerten die geschätzte Belastbarkeit während eines Acht-Stunden-Tages hochgerechnet und in Form eines Leistungsprofils in einer Tabelle dargestellt.

### **» Das EFL-Verfahren bildet die Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Abklärung.«**

Bei einer genaueren Betrachtung der kritischen Arbeitsbelastung kann sich herausstellen, dass arbeitsspezifische Zusatztests erforderlich sind. Das tritt in Fällen auf, in denen hohe Anforderungen an die allgemeine Ausdauer, die lokale Ausdauer (repetitive Belastungen in Zwangshaltungen) oder komplexe, arbeitsplatzspezifische Funktionen gestellt werden.

Idealerweise erfolgt im Rahmen der Anamnese eine gründliche Analyse der Arbeitsplatzbedingungen. Das kann über einen Fragebogen geschehen, der zusammen mit dem Rehabilitanden ausgefüllt wird. In diesem Fall ist der Tester auf die Angaben des Rehabilitanden angewiesen. Eine weitere Möglichkeit für die Beschaffung von Informationen bezüglich der jeweiligen Tätigkeit wäre eine Befragung des Arbeitgebers und des Betriebsarztes oder bei unklaren Situationen eine Erhebung direkt am Arbeitsplatz. Ziel ist es, kritische Belastungsbereiche zu erkennen und in der Jobmatchtabelle mit der durch EFL evaluierten Leistungsfähigkeit zu vergleichen.

Im Rehasentrum Schwerin wird ausschließlich im Rahmen der MBOR ein EFL-Screening-Test durchgeführt. In diesem Verfahren

werden alltags- und berufsbezogene Tätigkeiten getestet. Der Test gibt Auskunft über die momentane funktionelle Leistungsfähigkeit bezogen auf indikationsspezifische Fragestellungen. Der Test markiert die Grundlage für ein arbeitsplatzbezogenes Trainingsprogramm und ist auf eine Stunde begrenzt. Innerhalb dieses Screening-Tests werden fünf bis sieben wesentliche Anforderungen des Arbeitsplatzes bestimmt und anschließend in arbeitsplatzbezogene Testsituationen umgesetzt. Somit kann die aktuelle Belastbarkeit des Rehabilitanden in Bezug auf die wesentlichen Anforderungen seines Arbeitsplatzes bestimmt und verbessert werden.

Testelemente des EFL-Screening-Tests sind Heben, Tragen, Arbeit über Kopfhöhe, Sitzen, Stehen und Fortbewegung. Dieses Testverfahren wurde sowohl von Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträgern, gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Rückversicherern als auch von Unternehmen der Wirtschaft wie VW oder Deutsche Post anerkannt und in Anspruch genommen.

Nur der lizenzierte EFL-Anwender ist berechtigt, den »großen« EFL-Test, also 29 Einzeltests an zwei Tagen über insgesamt sechs Stunden, durchzuführen. Alle Testleiter müssen geschult sein. Die Schulung umfasst einen EFL-Grundkurs, auf welchen später verschiedene weiterführende Kurse folgen. In diesen werden Module einer arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation (in Anlehnung der gesetzlichen Kostenträger RV, BG) vorgestellt. Die Teilnehmer werden in die Funktionelle Jobanalyse eingeführt, die Arbeit mit dem Standardtestverfahren wird vertieft und schließlich wird der EFL-Screening-Test vorgestellt. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Schulung stellt die Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie dar (AMTT).

Der erforderliche Raumbedarf, berechnet für die Tests im engeren Sinne, liegt bei circa 40 Quadratmetern. Nicht eingerechnet ist hier eventueller Büroraum für die Besprechungen und die Berichtsdocumentation, ein langer Gang oder eine Wegstrecke für den Gehstest aber auch eine Treppe für das Treppensteigen. Die ca. 40 Quadratmeter beziehen sich auf das Tragen, Ziehen, Stoßen, Kriechen, Raum für Hebetests, Positionstests, Arbeiten an einem Tisch (Handkoordinationstests etc.) sowie Stauraum für diverse Materialien wie Leiter, Gewichte und so weiter. Die Investitionen für

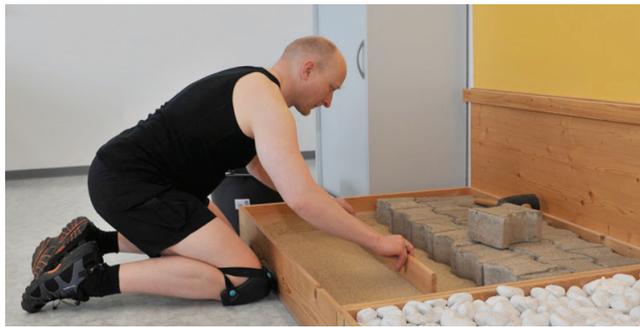
die EFL-Standard-Testmaterialien belaufen sich auf circa 2000 Euro.

### Erfahrungen mit dem EFL-Verfahren

Die Tagesklinik für Rehabilitative Medizin in Schwerin ist auf Grundlage der Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Indikationsgebiet Orthopädie von der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Anschlussheilbehandlung und das ambulante Heilverfahren zugelassen. Weiterhin wird die Erweiterte Ambulante Physiotherapie und die Arbeitsplatzbezogene Medizinische Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht.

In der Tagesklinik arbeiten Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen unter fachärztlicher Leitung zusammen. Anfangs fiel es den Therapeuten nicht leicht, einen EFL-Screening-Test in der vorgegebenen Zeit von 60 Minuten zu bewältigen. Auf dem Testbogen werden zunächst einige anamnestiche Daten notiert, worauf anschließend der Rehabilitand und der Therapeut gemeinsam die kritischen Arbeitsplatzanforderungen erarbeiten. Hier wird der Rehabilitand direkt mit der Frage nach funktionellen Einschränkungen bei der Durchführung typischer beruflicher Aktivitäten konfrontiert. Diese Aktivitäten beziehen sich auf die zuletzt ausgeübte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit. Hier obliegt es der Erfahrung und auch teilweise der Vorstellungskraft des Therapeuten, die wesentlichen Informationen oder Aussagen zu filtern und maximal sechs typisch kritische Anforderungen zu analysieren. In der Regel muss der Tester zügig und strukturiert die Informationen auf den Testbogen übertragen und direkt im Anschluss eine entsprechende Wertigkeit durch den Rehabilitanden auf einer Fünf-Punkte-Skala vermerken (1 = leicht ausführbar; 2 = anstrengend; 3 = schwer; 4 = sehr schwer und 5 = (fast) unmöglich auszuführen). Im Anschluss notiert der Testleiter die wichtigsten Ziele, die der Rehabilitand mit dem Heilverfahren der BG oder der MBOR erreichen möchte. Der Testleiter transportiert daraufhin die zuvor beschriebenen Aktivitätseinschränkungen in standardisierte EFL-Testelemente bzw. arbeitsspezifische Zusatztests.

Schwieriger wird es bei der konkreten Beschreibung der maximalen Belastungen in kg/Min/Wdhlg. im Beruf gemäß der Funk-



tionellen Jobanalyse. Hier gibt es mitunter unklare Vorstellungen oder Angaben von Seiten der Rehabilitanden. Auch hier muss der Therapeut immer wieder die Zeit im Auge behalten und mit stetiger Konzentration und zielführenden Fragen das tatsächliche Anforderungsniveau festhalten. Im Folgenden wird die aktuelle Leistungsfähigkeit gemäß der beschriebenen Tests ermittelt (L = leicht; M = mittelschwer; S = schwer und Max = maximal). Zwischen den einzelnen Tests wird die Zeit für die Dokumentation und auch schon für das Aufzeigen erster ergonomischer Lösungen und Tipps genutzt.

Ganz wichtig ist ebenfalls das gemeinsame Vereinbaren von Rehabilitationszielen.

Diese beziehen sich ganz konkret auf die jeweilige kritische Anforderung gemäß Jobanalyse. An diesen Zielen wird in den folgenden AB-Trainingseinheiten à 60 Minuten gearbeitet. Das Erstellen des Trainingsplans für das AB-Training ist für den Tester der letzte wichtige Schritt. Das AB-Training wird in der Tagesklinik für Rehabilitative Medizin in erster Linie von der Ergotherapie, aber auch von Sport- bzw. Physiotherapeuten geleitet.

Für die AB-Tester und AB-Leiter ist wichtig, dem Rehabilitanden das ganze Vorgehen abschließend transparent darzustellen und mögliche Fragen oder Unsicherheiten direkt am Anfang zu klären. Auch die Frage nach speziellen Arbeitshilfen oder Arbeitsschuhen muss mit dem Rehabilitanden besprochen werden.

In den folgenden Wochen finden täglich entweder die Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie (AMTT) oder das AB-Training statt. Am Ende der Rehabilitation wird der EFL-Screening-Test wiederholt. Die Ärzte bekommen nach beiden Tests eine kurze Rückmeldung über die gewonnenen Eindrücke des Testers. Hier geht es vor allem um Auffälligkeiten im positiven wie im negativen Sinne und ob der Test in sich schlüssig ist.

Zuletzt treffen sich alle beteiligten Therapeuten wöchentlich mit den Ärzten zu einer Besprechung zur berufsbezogenen Rehabilitation. Dieser Abgleich und Austausch von Informationen unter den Beteiligten ist sehr wichtig für das weitere Vorgehen bzw. Abstimmen in der Therapie.



**Mühlenbergklinik**  
Holsteinische Schweiz  
Bad Malente-Gremsmühlen

### Arbeitsplatztraining im Rahmen der medizinischen Rehabilitation – Durchführung, Ziele und Akzeptanz

von Dr. Martin Vogel, Ltd. Arzt Verhaltensmedizin, Prof. Dr. Eike Hoberg, Ärztlicher Direktor  
Mühlenbergklinik, Frahmsallee 1 – 7, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen  
martin.vogel@drv-nord.de

**D**as Arbeitsplatztraining ist gegenwärtig fester Bestandteil der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Seit dem 1.1.2014 wurde dies bei 280 Rehabilitanden im Rahmen einer MBOR in der Mühlenbergklinik durchgeführt. Im Folgenden sollen die Erfahrungen bezüglich Planung, Durchführung und Beurteilung durch die Rehabilitanden dargestellt werden.

#### Bei welchen Rehabilitanden sollte ein Arbeitsplatztraining durchgeführt werden?

Prinzipiell besteht nicht nur innerhalb einer MBOR sondern auch in allen anderen Fällen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen die Möglichkeit zur Durchführung eines Arbeitsplatztrainings. Aufgrund des hohen personellen Aufwandes kann und soll dies nur in besonderen Fällen durchgeführt werden.

Für die Prüfung, ob ein Arbeitsplatztraining sinnvoll ist, kann entweder eines der etablierten Screeningverfahren (SIBAR, SIMBO-C, Würzburger Fragebogen) eingesetzt werden

oder eine Abklärung im Rahmen des ärztlichen Aufnahmegesprächs erfolgen.

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung jeder medizinischen Rehabilitation wird die berufliche Situation detailliert erfragt. Dabei werden nicht nur Angaben zur Arbeitsintensität berücksichtigt, sondern auch konkret besondere Belastungen wie z.B. häufiges Knien, Hocken, Überkopfarbeit, Akkord- und Schichtdienst, das Verhältnis zu den Arbeitskollegen usw. abgeklärt. Längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sind häufig ein Indikator für eine berufliche Problemlage. Besonderes Augenmerk wird während des Aufnahmegesprächs auf evtl. bestehende Defizite bei der Arbeitserledigung gelegt.

Screeningverfahren haben den Vorteil, dass sie Ergebnisse liefern, die unabhängig von der jeweiligen subjektiven Einschätzung des aufnehmenden Arztes sind. Darüber hinaus können sie bereits im Vorfeld einer medizinischen Rehabilitation eingesetzt werden, sodass eine ressourcenorientierte Einbestellung der Rehabilitanden möglich wird. Aus diesem

Grunde bevorzugen wir in der Mühlenbergklinik das standardisierte Screening, das bei allen Rehabilitanden der Orthopädie in Vorfeld der Rehabilitation durchgeführt wird.

**»Ein Arbeitsplatztraining ist für Rehabilitanden empfehlenswert, die konkrete körperbezogene Probleme am Arbeitsplatz haben. Eine ausreichende körperliche Belastbarkeit muss gegeben sein.«**

Als Screening-Instrument wird SIBAR eingesetzt, da dieser in besonderem Maße spezielle Probleme bei der Arbeit erfragt und auch die subjektiven Erwartungen an die Rehabilitation erfasst.

Die Durchführung eines Arbeitsplatztrainings erfordert eine ausreichende Belastbarkeit und eine weitgehend stabile medizinische Situation des Rehabilitanden, da neben dem Einüben ergonomischer Arbeitshaltungen auch ein »work-hardening« durchgeführt wird, das ggf. an die submaximale Leistungsfähigkeit geht.

#### **Wie läuft ein Arbeitsplatztraining ab und welche Ziele werden verfolgt?**

Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation werden zunächst die speziellen Probleme des Rehabilitanden bei der Ausführung der Arbeit geklärt. Diese können sowohl körperlicher Art sein, als auch auf interpersonellen bzw. psychischen Problemen (z.B. Konflikte mit Kollegen, Schichtarbeit, etc.) beruhen.

**»Beim Arbeitsplatztraining werden primär die körperlichen Probleme angegangen. Psychische Faktoren spielen aber fast immer eine wichtige Rolle und sollten nicht vernachlässigt werden.«**

Psychische Probleme sind fast immer zu erwarten, wenn die geforderte Arbeitsleistung nicht mehr im gewünschten Umfang erfüllt werden kann bzw. zunehmende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit entstehen.

Diese Probleme werden im Rahmen psycho-

logischer und/oder sozialdienstlicher Einzelgespräche sowie in edukativen Seminaren (z.B. sozialmedizinische Fallbesprechungen, Informationen zum Sozialrecht sowie Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Umgang mit Kollegen, etc.) thematisiert.

**»Ziel des Arbeitsplatztrainings ist es, die Tätigkeiten, die besonders problematisch sind, möglichst wirklichkeitsgetreu nachzustellen und sowohl deren ergonomische und koordinative Durchführung zu verbessern als auch einen direkten körperlichen Trainingseffekt zu erzielen.«**

Bei positivem Screening werden bereits vor Reha-Antritt die Rehabilitanden schriftlich darauf hingewiesen, dass sie in der Mühlenbergklinik ein Arbeitsplatztraining durchführen werden. Sie werden gebeten, Fotografien vom Arbeitsplatz und auch spezielle Arbeitskleidung (Arbeitsschuhe, Blumann) mitzubringen. Die Telefonnummer des Betriebsarztes wird abgefragt, um evtl. Rückfragen zum Arbeitsplatz oder auch Möglichkeiten einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes abklären zu können.

Oft ist es für die Rehabilitanden schwierig, die problematischen Körperhaltungen am Arbeitsplatz direkt zu benennen. Dies trifft besonders für handwerklich Tätige in kleineren Unternehmen zu, die ein sehr breit gefächertes Aufgabenspektrum bedienen müssen. Mitunter werden dann fast alle denkbaren Körperhaltungen und Arbeitsabläufe genannt. Aus diesem Grunde sind wir dazu übergegangen, den Rehabilitanden zunächst einen Katalog der 20 elementarsten Arbeitshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Heben schwerer Lasten, Arbeiten auf unebenem Gelände, usw.) vorzulegen, die jeweils mit einem Foto veranschaulicht werden. Die Rehabilitanden sollen daraus dann fünf Körperhaltungen benennen, die ihnen am meisten Probleme bereiten.

Diese als besonders kritisch eingestuften Tätigkeiten werden im Rahmen eines sogenannten EFL-Screenings (Evaluation der

funktionellen Leistungsfähigkeit) quantitativ getestet. Beispielsweise wird bei einem Elektriker, der Schwierigkeiten mit längeren Überkopparbeiten beim Bohren von Löchern in die Decke hat, die maximal mögliche Dauer von Überkopparbeiten, die ergonomisch noch

sicher und ohne Ausweichbewegungen möglich sind, mit einem dem Bohrer entsprechenden Gewicht gemessen. Auch weitere Defizite, wie z.B. das einhändige Tragen eines Werkzeugkoffers, werden zunächst getestet und quantitativ erfasst.



*Links: Übungsraum für das Arbeitsplatztraining; Rechts: Ersteigen einer Leiter mit Dachpappe*

In einem nächsten Schritt wird die jeweils problematische Arbeitstätigkeit möglichst wirklichkeitsgetreu nachgestellt und dann versucht, diese ergonomisch zu verbessern und zusätzlich auch die körperliche Konditionierung zu verbessern.

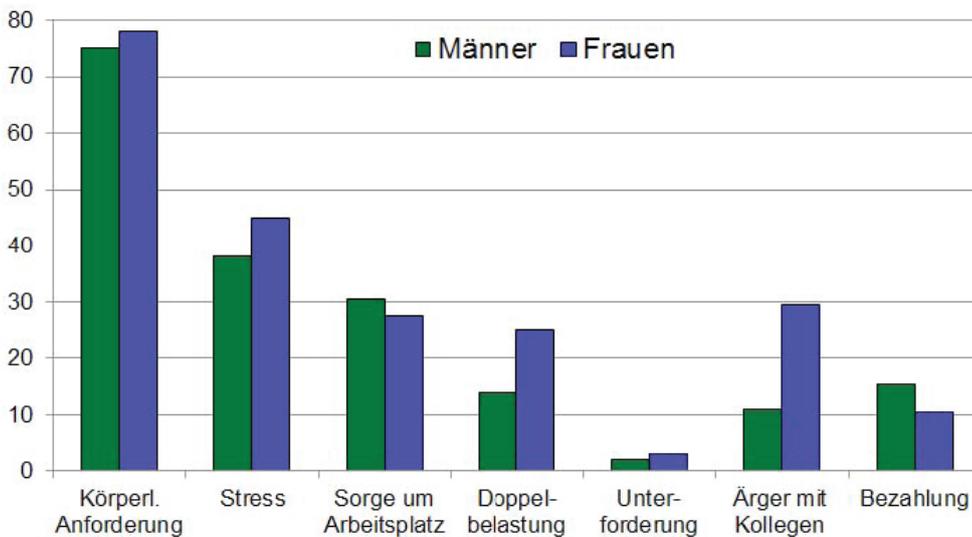
**»Ein Arbeitsplatz sollte vorliegen beziehungsweise eine möglichst konkrete Vorstellung einer späteren Tätigkeit bestehen. Ein Arbeitsplatztraining bei laufenden Rentenverfahren oder bei Langzeitarbeitslosigkeit ist deswegen meistens wenig hilfreich.«**

Konkret führen wir das Arbeitsplatztraining zwei Mal pro Woche mit einem Umfang von je 60 Minuten durch. Während dieser Einheiten sind sowohl ein Ergotherapeut als auch ein Sporttherapeut anwesend, die anleitend und korrigierend tätig sind. Bei der öfter durchgeführten MTT (medizinischen Trainingsthe-

rapie) werden die kritischen Arbeitsabläufe zusätzlich geübt. Das körperliche Auftrainieren (bei Überkopparbeiten z.B. Training der schulterstabilisierenden Muskulatur) gelingt hier sehr gut. Dadurch, dass dabei jedoch ein Training an Geräten erfolgt, die meist nur bestimmte Bewegungsrichtungen zulassen, würde das reine arbeitsplatzbezogene Training im Rahmen der MTT ergonomische und koordinative Aspekte vernachlässigen. Die Arbeit an mehrdimensionalen Geräten – wie z.B. Seilzügen – ist aus diesem Grunde zu bevorzugen, kann aber das spezifische Arbeitsplatztraining vermutlich nicht vollständig ersetzen.

**Wie wird das Arbeitsplatztraining von den Rehabilitanden empfunden und bewertet?**

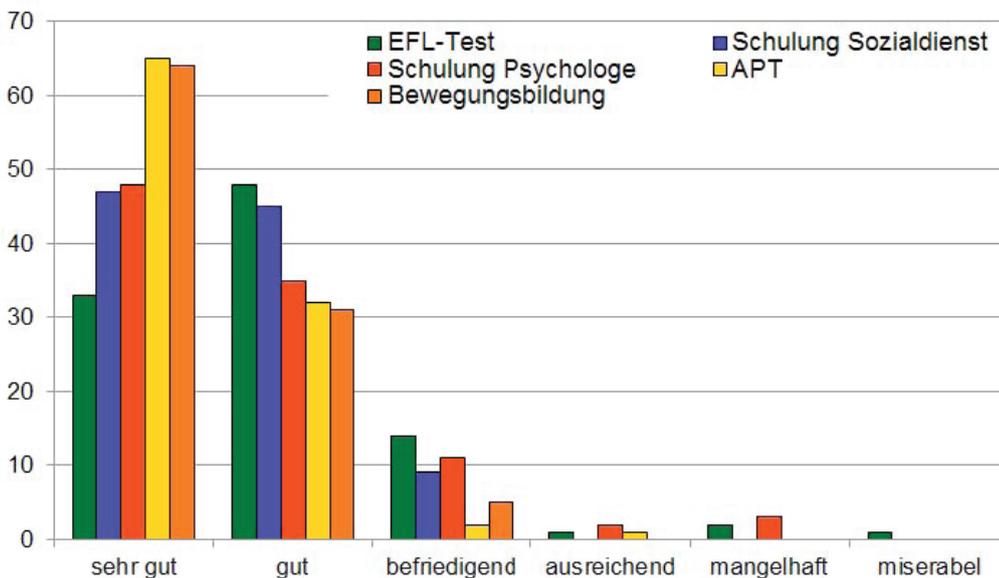
Unsere Rehabilitanden, die im Rahmen einer MBOR (medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation) ein Arbeitsplatztraining durchführen, werden vor Reha-Antritt mittels SIBAR zu ihren arbeitsplatzbezogenen Belastungen befragt und kurz vor Entlassung mittels eines Fragebogens gebeten, ihre Eindrücke, Wünsche und Erfahrungen zu äußern.



**Besonders problematische Bereiche der letzten beruflichen Tätigkeit unserer Rehabilitanden (in %, Mehrfachnennungen sind möglich)**

Die körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz stellen für die Mehrzahl unserer (orthopädischen) Rehabilitanden das zentrale Problem dar, wobei psychische Elemente (Stress, Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf, Umgang mit Kollegen, Sorge um den Arbeits-

platz) in ihrer Gesamtzahl nicht unbedeutend sind. Das Arbeitsplatztraining schneidet in der Bewertung der Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage insgesamt gut ab. Über 90 Prozent der Rehabilitanden beurteilen dies als gut bzw. sehr gut.



**Beurteilung verschiedener Therapieelemente durch die Rehabilitanden im Rahmen einer MBOR (%).**

Rehabilitanden mit eingeschränkter Zufriedenheit beim Arbeitsplatztraining begründen dies in der Regel damit, dass es nicht gelang, den Arbeitsplatz bzw. dessen Probleme ausreichend gut abzubilden. Dies betrifft z.B.

den Dienstleistungssektor. Es ist davon auszugehen, dass das Arbeitsplatztraining besonders im Bereich handwerklicher Berufe oder bei Tätigkeiten mit Zwangshaltungen sinnvoll eingesetzt werden kann.

### Der Einsatz des FCE-Systems SAPPHIRE in der muskuloskelettalen Reha

von Dr. Peter Kupatz, Dr. Alexander Gankovych  
Dr. Ebel-Fachklinik »Moorbad« Bad Doberan  
Kontakt: kupatz@moorbad-doberan.de

Die Beurteilung des positiven und negativen Leistungsvermögen im Rahmen eines Renten- oder Rehabilitationsverfahrens orientiert sich im Wesentlichen am »Leitfaden zur Erstellung der Ärztlichen Entlassungsberichtes« der Deutschen Rentenversicherung bzw. an erarbeiteten Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Der – oft justiziable – Nachteil ist der diesem Vorgehen innewohnende Subjektivismus. Seit den 70er Jahren wird versucht, die Belastbarkeit von Menschen in der Arbeitswelt mit sog. FCE-Systemen (Functional-Capacity-Evaluation) eine Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit vorzunehmen. Diese Systeme (EFL, ELA, ARCON, ERGOS, SAPPHIRE) erfordern bestimmte räumliche Voraussetzungen, benötigen Zeit, geschultes Personal und stellen insgesamt eine nicht unerhebliche Investition dar. Zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in der Dr. Ebel-Fachklinik »Moorbad« Bad Doberan wurde das SAPPHIRE-System in das Verfahren integriert.

#### Kurzbeschreibung

Das SAPPHIRE ist ein »Arbeitssimulator« zur Testung der körperlichen Leistungskapazität des Menschen. Das Verfahren wird gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Praxisbezogenheit. Dabei werden standardisierte Tests genutzt, welche aus präzise definierten Aufgaben bestehen, um gleiche oder ähnliche Arbeitsplatzanforderungen zu erreichen. Im Programm sind ca. 200 Berufe gespeichert. Damit kann eine konkrete Frage der Eignung für bestimmte Tätigkeit nach dem Test beantwortet werden. Es werden 18 Aktivitäten (einschl. eines Modules zur Prüfung der Hand- bzw. Fingerfertigkeit) differenziert. Implementiert ist eine mehrstufige Konsistenzprüfung. Für die objektiv-apparative Leistungsdiagnostik des SAPPHIRE (Work Recovery Europe, Hertogenbosch, NL) gelten die Testgüte-Kriterien der »Mutter«, des ERGOS-Systems (Simwork Systems, USA).

#### Aufbau und Auswertung

Das System besteht aus drei Modulen die miteinander kombiniert werden können:

1. Messung von statischen und dynamischen Kräften
2. Gesamtkörperbeweglichkeit
3. Messung von Kraft und Fertigkeiten der oberen Extremität

Die Geräte und Sensoren werden mittels USB mit einem Computer verbunden. Der Testablauf wird vom PC gesteuert und kann nach dem Start nicht verändert werden. Abschließend wird durch die Software ein Bericht erstellt. Dieser ist mit Abschluss des Testverfahrens fertig und nimmt keine Zeit in Anspruch. Die Auswertung erfolgt mit Grafiken, die das Ergebnis anschaulich machen. Es werden das Gesamtergebnis und einzelne Tests dargestellt. Zusätzlich bietet das System auch die Möglichkeit, Befindlichkeiten des Patienten während der Testung zu erfassen.

#### Anforderungen

Das SAPPHIRE-System benötigt einen abgeschlossenen, abdunkel- und belüftbaren sowie ruhigen Raum von etwa 24 qm. Die Software ist auf einen PC-Arbeitsplatz integriert, der sich direkt neben dem Testinventar befindet (Abb.1). Es werden mindestens 2 geschulte Mitarbeiter benötigt. In der Dr. Ebel-Fachklinik »Moorbad« Bad Doberan sind das 1 Physiotherapeut, 1 Sporttherapeut, 2 Ergotherapeuten und 1 Arzt. Eine Testserie umfasst einen Zeitbedarf von 2 bis 4 Stunden, wobei eine Aufteilung erfolgen kann.

#### Systematik

Die Leistungen der Probanden werden mit den Kriterien arbeitsbezogener Standards verglichen. Ziel der Erfassung der Testergebnisse ist es dabei nicht, eine Gegenüberstellung zwischen den Probanden zu erreichen, stattdessen verweisen die von den Probanden auf dem SAPPHIRE geleisteten Ergebnisse direkt auf seine Möglichkeiten im Arbeitsbereich, die mit den Standard-Arbeitsanforderungen ver-

glichen werden. Diese Standard-Arbeitsanforderungen sind festgelegt nach NIOSH (1991, ISO11228-1, EN1005-2) und den DOT-Richtlinien für arbeitsbezogene Kraftbelastungen und werden verglichen mit den MTM (methods-time measurement, in Deutsch auch Arbeitsablauf-Zeitanalyse, AAZ) als industrieller Standard für Arbeitsproduktivität und Arbeitsfunktionalität. Das SAPPHIRE ist also ein Arbeitssimulator, der die Testung des körperlichen Arbeitsvermögens eines Rehabilitanden zum Ziel hat.

Die Durchführung besteht aus standardisierten Tests, die definierte Arbeitsaktivitäten umfassen. Die Standardisierung der Testaufgaben wird durch eine entsprechende Ausstattung (verstellbare Unterteile, Gewichts- und Höheneinstellungen) unterstützt. Die Messung erfolgt auf Funktionalitätsebene, d. h. es geht bei den Tests darum, eine Funktion zu erfüllen, z. B. Arbeiten in gebückter, hockender, kniender Haltung (Abb.2). Die Leistung des Probanden wird mit Kriterien verglichen. Auch das Arbeitstempo wird in der Testung berücksichtigt (Messung der Effektivität/Produktivität). Die Schwerpunkte einzelner Untertests liegen in den Bereichen Kraft, Ausdauer und körperliche Flexibilität. Diese Aspekte werden auch in Kombination miteinander getestet. Der SAPPHIRE sollte als Teil eines umfassenden Assessment-Prozesses eingesetzt werden, in dem auch andere, für die Arbeit wichtige Aspekte, z. B. auch psychologische Testinventare zur Motivation etc., erfasst werden.

### Eigene Erfahrungen

Das SAPPHIRE-System kam in einer Auswertungsstudie von 240 Rehabilitanden, die von der DRV Bund im Jahre 2014 zur Durchführung einer MBOR der Dr. Ebel-Fachklinik »Moorbad« Bad Doberan zugewiesen wurden, zum Einsatz. 24 Rehabilitanden wurden vorzeitig wegen Nichteignung (eindeutig vordergründige psychosomatische Reha-Indikation oder AHB-Rehabilitanden mit Nichteignung für die aktiven MBOR-Module) aus der MBOR ausgeschlossen. Die verbliebenen 216 Rehabilitanden wiesen einen höheren Frauenanteil (83 %) auf und der Altersbereich der Rehabilitanden zwischen dem 50 bis 65 Jahre betrug 88 % statt 73 % im allgemeinen Heilverfahren. Im Vergleich zur Gesamtzahl aller Rehabilitanden der DRV Bund im allgemeinen Heilverfahren (5 %) erfolgten deutlich mehr Zuweisungen als

Eil-Heilverfahren: 33 %. Erwartungsgemäß zeigte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 24,5 Tagen rund 2 Tage länger als im Standard-Heilverfahren, womit der zur Verfügung stehende erweiterte Korridor für die MBOR um 0,5 Tage nicht ausgeschöpft wurde. Nicht alle Rehabilitanden wiesen eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) auf – Ausdruck der unzureichenden Detektion von Rehabilitanden mittels des SIMBO-C bzw. einer ineffizienten Steuerung durch den Kostenträger. Bei allen Rehabilitanden kam der Würzburger Fragebogen als weiteres Screening-Instrument zum Einsatz.

Bei 37 der 216 Rehabilitanden erfolgte der Einsatz des SAPPHIRE-Assessments. Hierbei wurden folgende Zielgruppen definiert:

1. Rehabilitanden mit differenter Einschätzung des Leistungsvermögens durch Therapeuten
2. Rehabilitanden mit einem offenen oder maskierten Rentenbegehren
3. Rehabilitanden im Beantragungsverfahren für eine Erwerbsminderungsrente
4. Rehabilitanden im Widerspruchsverfahren oder bei laufendem Sozialgerichtsverfahren



Abb. 1: SAPPHIRE-Arbeitssimulator

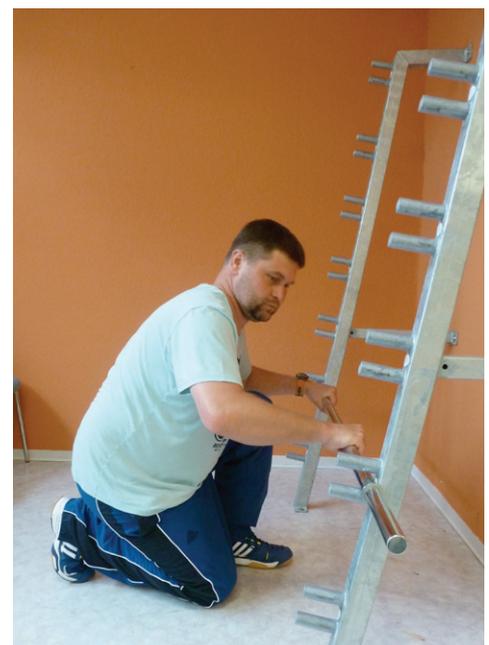
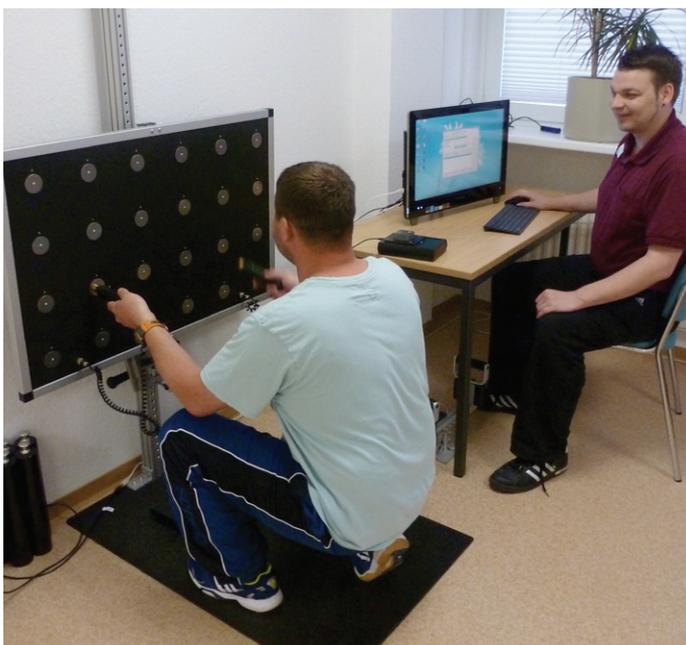
Aus der Auflistung wird deutlich, dass das SAPHIRE also im Wesentlichen zur Objektivierung des Leistungsvermögens im Rahmen der Erstellung der sozialmedizinischen Beurteilung eingesetzt wurde. Hingegen ergaben sich aus den Messergebnissen relativ wenig neue Erkenntnisse im Hinblick auf die Steuerung des therapeutischen Prozesses: in keinem Fall stellten sich Diskrepanzen des SAPHIRE-Messergebnisses zu den festgelegten Rehabilitationszielen unter den Aspekten der berufsbzw. tätigkeitsspezifischen Anforderungen und Belastungen dar. Somit war der SAPHIRE-Test dann besonders bei arbeitssuchenden Rehabilitanden zur Festlegung des positiven und negativen Leistungsbildes für den allgemeinen Arbeitsmarkt sinnvoll. Bei den im Erwerbsleben stehenden Rehabilitanden wurden häufig nicht der komplexe Test sondern nur bestimmte Module (z.B. Hand-Finger-Modul bei CRPS nach Traumen an der oberen Extremität) zur Objektivierung eingesetzt. Zumeist konnte bei dieser Gruppe aber das arbeitsbezogene Leistungsvermögen im MBOR-Team besonders zwischen Physio-, Sport- und Ergo- sowie den Sozialtherapeuten schon in der zweiten MBOR-Teamsitzung übereinstimmend eingeschätzt werden.

### Zusammenfassung

Das SAPHIRE-System ist geeignet, bei Rehabilitanden im Rahmen der MBOR das Leis-

tungsvermögen zu objektivieren. Damit ist es besonders für Rehabilitanden mit diskrepanter Einschätzung zwischen diesen und dem therapeutischen Team sowie im Renten- und Sozialgerichtsverfahren sehr gut geeignet. Weniger »hilfreich« ist eine Testdurchführung zur Frage der Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses, da Sozial- und Berufsberatung sowie die funktionsbezogene Diagnostik durch den Sport- und Physiotherapeuten ebenso wie die tätigkeitsbezogene Einschätzungen der Ergotherapie durch Arbeitsplatzanalyse und Ergonomietraining zumeist alle Therapieinhalte zur Erreichung des Rehabilitationszieles beinhalteten. Hier ist besonders die Entsprechung von SAPHIRE-Testmodulen zu den 9 Work-Stationen im Ergonomie-Training im Rahmen der arbeitsbezogenen Therapie (Ergo-Modul des GRIP-Projektes, Abb.3) von Vorteil.

Im Vergleich mit anderen FCE-Systemen ist das SAPHIRE-System durch die modularen Testdurchführungen, die einfache Durchführbarkeit, eine zeitgleiche und eindeutige Darstellung der Testergebnisse, den geringen Platzbedarf, die schnelle und einfache Handhabbarkeit bei der Umstellung der Testmodule sowie die integrierte Konsistenzprüfung gekennzeichnet. Negativ stellt sich lediglich der unzureichende Service durch den europäischen Lizenznehmer heraus.



Links Abb. 2: Testmodul hockend-knieende Tätigkeit; Rechts Abb. 3: Ergonomie-Training knieend-hockend

## Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation Tagungsbericht zum 8. Interdisziplinären Reha-Symposium des *vffr*

von Dr. Angela Buchholz

Leitung der Arbeitsgruppe Sucht- und Rehabilitationsforschung

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt: a.buchholz@uke.de



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Die medizinische Rehabilitation ist eine komplexe Intervention mit einem multimodalen, interdisziplinären Behandlungsangebot. Die Feststellung des Bedarfs für eine solche Intervention ist daher nicht trivial. Auch die Auswahl geeigneter Behandlungsbausteine innerhalb einer Rehabilitationsbehandlung ist vielschichtig. Ist eine bedarfsorientierte und flexibilisierte Reha sinnvoller und wirksamer als statische Behandlungskonzepte? Welche aktuellen Forschungsergebnisse gibt es zu diesem Thema und inwieweit sind Bedarfsorientierung und Flexibilisierung bereits in der Versorgungslandschaft angekommen? Mit dem 8. *vffr*-Symposium unter dem Thema »Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation« sollte diesen Fragen nachgegangen werden. Dass dieses Thema auf ein breites Interesse stößt, zeigt auch die rege Beteiligung am Symposium. Insgesamt folgten 180 Kollegen aus Praxis, Wissenschaft sowie Kostenträgerseite der Einladung und erschienen am 14. Dezember 2015 im Senator Hotel Radisson im weihnachtlichen Lübeck, um sich zu informieren und gemeinsam zu diskutieren. Das Symposium wurde unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Dr. Ruth Deck, Frau Dr. Nathalie-Glaser-Möller und Herrn Professor Dr. Mathias Bethge mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Nord, des *vffr* und des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck ausgerichtet.

Eingestimmt wurden die Teilnehmer durch Grußworte von Frau Dr. Ingrid Künzler, der Vorsitzenden der Geschäftsführung der DRV Nord und des *vffr*-Vorstandes, sowie Jörg Schudmann, dem stellvertretenden Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Vor Beginn des inhaltlichen Tagungsprogramms erläuterte Frau Künzler die notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen im *vffr*.

PD Dr. Ruth Deck als Vertreterin des wissenschaftlichen Sekretariats in Lübeck wurde für ihre langjährige und unermüdliche Arbeit für den *vffr* gedankt. Auch Ines und Angela Buchholz wurde für ihre Tätigkeit in den regionalen Methodenzentren gedankt.

Moderiert von Ruth Deck begann der inhaltliche Teil des Symposiums mit zwei Überblicksreferaten. Der erste Beitrag zum Thema »Reha-Bedarf: Ist Priorisierung eine Lösung?« wurde von Frau Dr. Sabine Bossert vom Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover gehalten, die kurzfristig für Professor Dr. Heiner Raspe einspringen konnte. In ihrem Beitrag erläuterte sie den Nutzen von Priorisierungsmodellen in der Rehabilitation, die vor allem mit dem Ziel der Versorgungsberatung untersucht wurden. Als Potentiale von Priorisierung hob sie eine Selbstvergewisserung und Fokussierung auf relevante Werte und Ziele sowie die Möglichkeit einer klareren Definition von Bedarfen inklusive einer Leitlinie zur Differenzierung und Flexibilisierung von Interventionen hervor.

Professor Dr. Matthias Bethge als Leiter der Sektion Rehabilitation und Arbeit am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck setzte sich im zweiten Überblicksreferat mit dem Nutzen auseinander, der durch eine mögliche Flexibilisierung und Bedarfsorientierung in der beruflichen Wiedereingliederung entstehen kann. Zunächst präsentierte er wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von spezifischen Interventionen zur Unterstützung der beruflichen Reintegration. Gerade, wenn es um die Integration in den Beruf gehe, seien viele Akteure zu koordinieren. So sei hier in besonderem Maße Flexibilität gefragt, um auf relevante Kontextfaktoren eingehen zu können. Flexibilisierung und Bedarfsorientierung seien daher wichtige Determinanten einer erfolgreichen

Wiedereingliederung. Gefordert sei eine kohärente Gesamtstrategie. Herausforderungen seien auch hier die Bedarfsfeststellung und der Zugang zu Maßnahmen, sowie Schnittstellenmanagement und Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer.

Nach einer Kaffeepause widmete sich der zweite, von Frau Dr. Nathalie Glaser-Möller moderierte Veranstaltungsblock dem Thema Flexibilisierung in der Medizinischen Rehabilitation. Ob Qualitätssicherung und Flexibilisierung zusammen passen, erörterte Professor Dr. Eike Hoberg, ärztlicher Direktor der Mühlenbergklinik in der Holsteinischen Schweiz. Hierzu betrachtete er zunächst verschiedenen Möglichkeiten der Flexibilisierung – die Zuweisung, das Setting, Kooperationen, Inhalte sowie Rahmenbedingungen wie Dauer der Behandlung.

**» Flexibilisierungsansätze als Einsparpotential zu betrachten sowie die Nutzung von Qualitätssicherungsinstrumenten zur Normierung von Gesundheitsleistungen zu verwenden ist kritisch.«**

Beispielhaft stellte er hier einen Ansatz zur kombinierten ambulanten und stationären Rehabilitation dar. Kritisch diskutierte er die Auswahl der Qualitätsindikatoren über KTLs und Therapiestandards. Die Therapiestandards seien nicht ausreichend evidenzbasiert und führten dazu, dass gerade Flexibilität und Bedarfsorientierung kaum angeboten werden könnten, ohne eine schlechte Bewertung hinsichtlich dieser Indikatoren zu riskieren. Abschließend betonte Professor Hoberg noch einmal Potentiale und Relevanz einer Qualitätssicherung zur Gewährleistung von Grundvoraussetzungen sowie einer Flexibilisierung im Sinne von Individualisierung. Kritisch sei es, Flexibilisierungsansätze als Einsparpotential zu betrachten sowie die Nutzung von Qualitätssicherungsinstrumenten zur Normierung von Gesundheitsleistungen zu verwenden. Er stellte einen hohen Forschungsbedarf in diesem Bereich fest.

Im Anschluss berichtete Dipl.-Soz. Betje Schwarz, vom Institut für Sozialmedizin und

Epidemiologie der Universität Lübeck, Ergebnisse einer Studie zu Problemlagen in der orthopädischen Reha. Ziel der qualitativen Studie war, Hinweise für ein bedarfsorientiertes Zuweisungs- und Behandlungsmanagement zu identifizieren. Mithilfe von Interviews und Fokusgruppen wurden die je drei Subgruppen für die Medizinisch-beruflich orientierte Reha (MBOR) und für die Verhaltensmedizinisch orientierte Reha (VMO) in Abgrenzung zur »klassischen« orthopädischen Reha identifiziert. Als Ergebnis der Studie wurden unter anderem Praxistools entwickelt, die praktisch arbeitenden Kollegen die Zuweisung und Behandlungsplanung erleichtern. Zum Abschluss des zweiten Veranstaltungsblocks stellte Professor Oliver Razum von der Abteilung für Epidemiologie und International Public Health der Universität Bielefeld die Befunde zum Thema »Reha migrationssensibel gestalten« dar. Hierbei wies er zunächst darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei Patienten mit Migrationshintergrund geringer sei und es auch Hinweise gäbe, dass Migranten weniger von Rehabilitationsleistungen profitieren. Als Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren wurden Verständnisschwierigkeiten, kulturelle Unterschiede, sozialer Status der Migranten sowie auch Einstellungen der Mitarbeiter in der Rehabilitation diskutiert. Das Diversity Management wurde neben der Einrichtung migrationsspezifischer Angebote als eine Möglichkeit der Versorgungsgestaltung diskutiert.

Nach einer kräftigenden Mittagspause moderierte Professor Bethge den dritten Veranstaltungsblock mit der thematischen Überschrift »Flexibilisierung in der Versorgungskette«. Dr. Anna-Levke Brütt, vom Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, hielt den ersten Vortrag mit dem Thema »Behandlungskonzepte auf der Basis individueller Risiken«. Frau Brütt präsentierte drei aufeinanderfolgende Studien, die sie mit ihrer Arbeitsgruppe in den letzten Jahren durchgeführt hat. Ziel dabei war es zunächst, Risiken für einen geringeren Erfolg einer Rehabilitation im Hinblick auf Teilhabebeeinträchtigungen zu identifizieren und mithilfe eines Fragebogens messbar zu machen. Im dritten Schritt wurde ein Behandlungskonzept entwickelt bzw. adaptiert, welches spezifischer auf

Risiken für persistierende Teilhabestörungen eingehen kann. Dieses Konzept wird derzeit in Bezug auf seine Machbarkeit geprüft.

Der Vortrag zum Thema »Wie plausibel sind die Leistungsketten in der beruflichen Rehabilitation?« der von Dipl.-Soz. Waltraut Lay vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Universitätsmedizin Berlin eingeplant war, musste leider aus Krankheitsgründen ausfallen. Dr. Marco Streitbelt von der Deutschen Rentenversicherung Bund beleuchtete daher direkt im Anschluss an Frau Brütt in seinem Vortrag »Wer profitiert von der StW?« die Evidenzlage zu stufenweisen Wiedereingliederung (StW). Er referierte dazu vor allem über zwei Studien, die in der Vergangenheit im Auftrag der DRV Bund durchgeführt worden waren. Beide Studien – wenn auch ohne randomisiert-kontrolliertes Design, was bei dieser speziellen Fragestellung nicht möglich ist – legen eine hohe, aber differenzielle Wirksamkeit nahe: es profitieren vor allem diejenigen, die bereits vor Antritt der Reha erhöhte Fehlzeiten aufweisen. Im letzten inhaltlichen Beitrag wurde von den Referenten Jörg Barlsen und Pierre Noster vom Berufsförderungswerk das Integrationsnetzwerk Nord (INN) vorgestellt. Das INN ist ein Zusammenschluss verschiedener niedersächsischer Berufsförderungswerke mit dem Ziel, Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben passgenauer an die berufliche Biographie der Rehabilitanden anpassen und Leistungen wohnort- und betriebsnah anbieten zu können. Mit ihrem Verfahren erreichen sie derzeit eine Reintegrationsquote in den ersten Arbeitsmarkt von bis zu 75%.

Um die gehörten Beiträge noch einmal aus verschiedenen Perspektiven zu diskutieren, moderierte Professor Bethge eine abschließende Podiumsdiskussion. Als Diskutanten wurden Professor Hoberg, Professor

Razum, Herr Noster, Herr Barlsen sowie Frau Dr. Glaser-Möller gebeten, abschließende Einschätzung von Kostenträger, Reha-Klinik und Wissenschaft abzugeben und zu diskutieren. Frau Glaser-Möller resümierte abschließend noch einmal. Sie bedankte sich zunächst bei allen Referenten, bei Frau Deck und Herrn Bethge sowie bei allen Teilnehmern für die anregenden Diskussionen. Dabei hob sie hervor, dass gerade die Beleuchtung aus verschiedenen Perspektiven (Forschung, Praxis, Kostenträger) sehr wertvoll und fruchtbar sei. Ihr inhaltliches Fazit war, dass es zwar bereits viele Angebote gäbe, deren Wirksamkeit aber noch besser untersucht werden müsse. Ein höherer Grad an Individualisierung der Angebote erfordere ebenfalls eine komplexere Bedarfsermittlung, auch hier bestehe Forschungsbedarf. Als besonders relevante Baustellen für die Zukunft benannte sie eine migrationssensible Gestaltung der Rehabilitation sowie die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und anderen relevanten Akteuren in der beruflichen Reintegration. Interessierte Leser können sich jetzt bereits darauf freuen, dass in gewohnter Weise im kommenden Jahr ein Buch zur Tagung veröffentlicht wird, in dem alle Referenten ihre Beiträge zusammenfassend darstellen.



## Bedarfsorientierung und Flexibilisierung

Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller

 Jacobs Verlag

### DAS BUCH ZUR TAGUNG

erhältlich ab dem Frühjahr 2016  
Subskriptionspreis und Tagungspreis  
bis 31. Dezember 2015: 16 Euro  
ISBN 978-39918-244-6



## Publikationen im Zusammenhang mit den vom vffr geförderten Forschungsprojekten im Jahr 2015

**PROJEKT 156** **Vergleichende Untersuchung zweier Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der neurologischen, orthopädischen, rheumatologischen und psychosomatischen Rehabilitation.**

**PROJEKTLEITUNG** Kupatz, P., Thielker K.  
**LITERATURHINWEISE** Buchholz, I., Thielker, K., Feng, Y. S., Kupatz, P., & Kohlmann, T. (2015). Measuring changes in health over time using the EQ-5D 3L and 5L: a head-to-head comparison of measurement properties and sensitivity to change in a German inpatient rehabilitation sample. *Quality of Life Research*, 24(4), 829-835.

**PROJEKT 157** **Effekte einer psychoonkologisch-psychoedukativen Gruppenintervention für krebserkrankte Eltern auf die Lebensqualität und die Kommunikation innerhalb der Familie im Rahmen der ambulanten, psychoonkologischen Nachsorge.**

**PROJEKTLEITUNG** Simeit, R.  
**LITERATURHINWEISE** Abstract zur 14. Jahrestagung der Psychoonkologie 05.-07.Oktober 2015 in Berlin. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wiederaufnahme der Berufstätigkeit bei Teilnehmern eines psychoonkologischen Seminars für krebserkrankte Eltern.

**PROJEKT 158** **Entwicklung einer Risikocheckliste zur frühzeitigen Identifikation von Patienten mit Beeinträchtigungen in den Bereichen Aktivitäten und Partizipation nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.**

**PROJEKTLEITUNG** Brütt, A. L., Schulz H., Andreas S.  
**LITERATURHINWEISE** Brütt, A. L., Schulz, H., & Andreas, S. (2014). Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders. *Disability & Rehabilitation*, 37(3), 259-267.

**PROJEKT 159** **Nachsorge über ein Internet-Forum in der Verhaltensmedizinischen Orthopädie Phase A: Überprüfung von Praktikabilität und Akzeptanz – Pilotstudie.**

**PROJEKTLEITUNG** Benninghoven, D., Pfaudler, S., Hoberg, E., Benninghoven, D.  
**LITERATURHINWEISE** Pfaudler, S., Hoberg, E., & Benninghoven, D. (2015). Internet-based Aftercare for Patients after Multimodal Orthopedic Rehabilitation-Feasibility and Acceptance. *PHYSIKALISCHE MEDIZIN REHABILITATIONSMEDIZIN KURORTMEDIZIN*, 25(2), 81-89.

**PROJEKT 161** **Metakognitives Training bei Depressionen (D-MKT): Evaluation eines neuartigen Gruppentherapieansatzes**

**PROJEKTLEITUNG** Jelinek, L., Moritz, S. .  
**LITERATURHINWEISE** Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2015). Metakognitives Training bei Depression (D-MKT): Mit E-Book inside und Trainingsmaterial. Beltz, J.

**PROJEKT 162** **Rehabilitationsantrag abgelehnt - Was nun?**

**PROJEKTLEITUNG** Deck, R., Pohontsch, N. J., Walther, A. L.  
**LITERATURHINWEISE** Deck, R., & Walther, A. L. (2015, March). Reha abgelehnt und dann? Vergleichende Beobachtungsstudie zum weiteren gesundheits- und berufsbezogenen Verlauf der Versicherten. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (p. 148).

**PROJEKT 165** **Konstruktvalidität und prognostische Eigenschaften von »Functional Capacity Evaluation«, patientennahen Indikatoren der Funktionskapazität und sozialmedizinischen Parametern.**

**PROJEKTLEITUNG** Kohlmann, T., Buchholz, I.  
**LITERATURHINWEISE** Buchholz, I., Szcotkowski, D., Schnalke, G., Jacobs, A., & Kohlmann, T. (2015, March). Zusammenhänge von objektiven, klinischen und patientennahen Assessments zur Beurteilung der körperlichen Funktionsfähigkeit. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (p. 114).

**PROJEKT 167** **Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pathologischen Glücksspielern: Ermittlung der Versorgungslage und Charakterisierung unterversorgter Zielgruppen.**

**PROJEKTLEITUNG** Rumpf, H. J., Bischof, A.  
**LITERATURHINWEISE** Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., & Rumpf, H. J. Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pathologischen Glücksspielern. *Suchttherapie*, 16(01), 9-17.

|   |   |
|---|---|
| <b>Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Sicherung der Nachhaltigkeit durch Case-Management (KiJuRNa-Studie).</b>  | <b>PROJEKT 170</b>                          |
| Stachow, R., Pankatz, M.<br>Pankatz, M., Stachow, R., Tiedjen, U., Hampel, P., & Hornig, W. (2015, March). Prädiktoren für den Nachsorgeerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen einer Telefonberatung: Eine qualitative Studie. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Vol. 37, p. 385).   | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |
| <b>Soziale Ungleichheiten in der Rehabilitation und Nachsorge von Patienten mit Prostata- und Brustkrebs.</b>   | <b>PROJEKT 172</b>                          |
| Von dem Knesebeck, O.<br>Hofreuter-Gätgens, K., Klein, J., Pommeranz, C., & von dem Knesebeck, O. (2015). Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme onkologischer Nachsorgemaßnahmen. Das Gesundheitswesen, 77(08/09), A49. Vorträge auf der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGMS), 23.-25.09.2015.<br>Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K., Pommeranz, C., & von dem Knesebeck, O. (2015). Soziale Ungleichheit und Lebensqualität bei Patienten mit Prostatakrebs. Das Gesundheitswesen, 77(08/09), A144.   | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |
| <b>Komplexe Problemlagen von Patienten und Patientinnen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa im rehabilitativen Versorgungssektor im Vergleich zu Betroffenen im ambulanten Versorgungssektor. (CEDreha)</b>  | <b>PROJEKT 176</b>                          |
| Hüppe, A., Langbrandtner, J., Raspe, H., Steimann, G., Zeuner, C., Eisemann, N., Bokemeyer, B.<br>Hüppe, A., Steimann, G., Langbrandtner, J., Zeuner, C., Eisemann, N., Bokemeyer, B., & Raspe, H. (2015, March). Einschränkungen der sozialen Teilhabe bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ohne und mit Reha-Inanspruchnahme. In 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (p. 412).   | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |
| <b>Welche Informationen benötigen niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung?</b>  | <b>PROJEKT 177</b>                          |
| Deck R, (Pohontsch NJ.) Walther AL.<br>Walther, A. L., Pohontsch, N. J., Deck, R. Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. Gesundheitswesen 2015; 77: 362–367  | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |
| <b>Entwicklung eines an individuellen Risiken orientierten Behandlungskonzepts für Patienten in psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung.</b>  | <b>PROJEKT 182</b>                          |
| Brütt AL, Schulz H.<br>Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J. & Schulz, H. (2015). RiRes- Patienten- und Therapeuteneinschätzung zu Risiken und Ressourcen für den Behandlungs(miss)erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation. DRV Schriften 2015,107: 103-105.<br>Brütt, A. L., Magaard, J., Niedrich, J., & Schulz, H. (2015). Assessing Risks and Resources for Long-Term Positive Outcomes after Psychosomatic Inpatient Rehabilitation. Vortrag auf dem 9th World Congress of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM). Berlin<br>Brütt, A. L., Magaard, J., & Schulz, H. (2015). Psychosocial risks and resources and treatment outcome in patients with mental disorders. Poster auf der 28th Conference of the European Health Psychology Society. Limassol<br>Rahmann, W., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2015). Zwischenbericht zur Praktikumsphase (Segeberger Kliniken). unveröffentlichter Projektbericht (40 S.): UKE.<br>Schellenberger, E., Schulz, H., & Brütt, A. L. (2015). Zwischenbericht zur Praktikumsphase (Klinik am Homberg). unveröffentlichter Projektbericht (50 S.): UKE.<br>Schreier, A., Schulz, H., & Brütt, A. L. (in Arbeit). Zwischenbericht zur Praktikumsphase (Curtius Klinik). unveröffentlichter Projektbericht,: UKE. | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |
| <b>Versorgungserwartungen und -wünsche von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation.</b>   | <b>PROJEKT 189</b>                          |
| Razum O, Brzoska P, Deck R, Kohlmann T. Brzoska P, Deck R, Razum O.<br>Warum wir mehr über Versorgungserwartungen lernen müssen Nutzung und Ergebnisse tertiärpräventiver Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2015.<br>Langbrandtner, J. Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung im Projekt VeReMi. Fortbildung des Rehabilitationswis-   | <b>PROJEKTLEITUNG<br/>LITERATURHINWEISE</b> |



senschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg, November 2015.

Brzoska, P. Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. Fortbildung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg, November 2015.

**PROJEKT 190**

**STAGE: ein anthropometrisch unterstützendes Framework für die physikalische Interaktion mit digitalen Artefakten durch Menschen mit körperlichen Behinderungen – Machbarkeits- und Akzeptanzstudie.**

**PROJEKTLEITUNG  
LITERATURHINWEISE**

Schrader, A., Altakroui, A., Burmeister, D., Boldt, D.

Insights on Anthropometric Bias in Full-Body Motion - Gesture Elicitation Studies. Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI), <http://chi2016.acm.org/wp/> (eingereicht).

**PROJEKT 193**

**Entwicklung eines ICF-Score-Sets Sucht mit Teilmodulen für vier unterschiedliche Versorgungsbereiche (Beratung, Entzug, Medizinische Reha, und Eingliederungshilfe) für den Hamburger Raum sowie die Vorbereitung eines modularen, ICF-basierten Assessments für die Suchthilfe**

**PROJEKTLEITUNG  
LITERATURHINWEISE**

Stracke, R., Meyer-Steinkamp, R., Buchholz, A.

Spies, M., Buchholz, A. (2014). Development of a multimodular ICF core Set 'addiction' for different areas of the health care system. Vortrag auf der 17. Jahreskonferenz der European Association of Substance Abuse Research (EASAR) vom 15.05. – 17.05.2014 in Lüneburg.

Spies, M., Buchholz, A., Brütt, A.L. (2015). Linking commonly used Assessments in international alcohol-use disorder treatment to the International Classification of Disability, Functioning and Health (ICF). Vortrag auf der 18. Jahreskonferenz der European Association of Substance Abuse Research (EASAR) vom 07.05. – 10.05.2015 in Bangor, Wales.

Spies, M., Brütt, A. L. & Buchholz, A. (2015). Verlinkung in Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen empfohlener Messinstrumente zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress vom 16.09. – 18.09.2015 in Hamburg.

f, M., Meyer-Steinkamp, R., Stracke, R., Buchholz, A. (2015). Einsatz standardisierter Messinstrumente im deutschen Suchthilfesystem – eine Bestandsaufnahme. Posterpräsentation auf dem Deutschen Suchtkongress vom 16.09. – 18.09.2015 in Hamburg.

Borchfeld, K. (2015). „Welche Beeinträchtigungen erleben Patienten mit substanzbezogenen Störungen in ihrem Alltag?“ Masterarbeit, angefertigt an der Universität zu Lübeck in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Masterarbeit

**Weitere Publikationen mit rehabilitationswissenschaftlichem Bezug**

- Bethge, M., & Borngräber, Y. (2015). Work-family conflicts and self-reported work ability: cross-sectional findings in women with chronic musculoskeletal disorders. *BMC musculoskeletal disorders*, 16(1), 58.
- Bethge, M., Köhler, L., Kiel, J., Thren, K., & Gutenbrunner, C. Sportliche Aktivität nach Gelenkersatz: Erfahrungen und Erwartungen älterer Rehabilitanden-Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse leitfadengestützter Interviews. *Die Rehabilitation*.
- Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F. M., & Lübeck, L. (2015). Self-Reported Poor Work Ability VAn Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of German Employees. *American Journal of Physical*, 894(9115/15), 0000-0000.
- Briest, J., Bieniek, S., & Bethge, M. (2015). Intensified Work-related Rehabilitation Aftercare: Study Protocol of a Randomised Controlled Multi-centre Trial. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(03), 131-135.
- Buchholz, A., Spies, M. & Brütt, A.L. (2015). Messinstrumente zur Operationalisierung der ICF im Kontext von psychischen Störungen – ein systematisches Review. *Die Rehabilitation*, 54(03), 153-159.
- Deck, R., Schramm, S., Pohontsch, N., & Hüppe, A. (2014). Reha-Nachsorge—one size fits all? Analyse der Rehabilitanden, die nicht vom Reha-Nachsorgekonzept „neues Credo“ profitieren. *Die Rehabilitation*.
- Deck R, Walther A L, Staupendahl A, Katalinic A. Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung – Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. *Rehabilitation 2015*.

- Höder, J., & Deck, R. (2015). Informationstexte für Rehabilitanden sind schwer verständlich. *Die Rehabilitation*, 54(03), 178-183.
- Knapp, S., Briest, J., & Bethge, M. (2015). Work-related rehabilitation aftercare for patients with musculoskeletal disorders: results of a randomized-controlled multicenter trial. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*.
- Meyer, T., Gutenbrunner, C., Kiekens, C., Skempes, D., Melvin, J. L., Schedler, K., ... & Stucki, G. (2014). ISPRM Discussion Paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *Journal of rehabilitation medicine*, 46(1), 1-6
- Müller, M., Toussaint, R., & Kohlmann, T. Ergebnisse ambulanter orthopädischer Rehabilitation nach Hüft- und Knie-TEP-Versorgung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(02), 74-80.
- Parzanka, S., Fortmann, S., & Deck, R. (2015). Reha-Nachsorge „Neues Credo“: Der Einfluss von Bewegungstagebüchern auf den Reha-Erfolg bei orthopädischen Rehabilitanden. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(05), 248-253.
- Pöpl, D., Deck, R., Gerdes, N., Funke, U. N., Kringler, W., Friedrich, N., ... & Reuther, P. Eignung des SINGER als Assessmentinstrument in der ambulanten neurologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54(01), 22-29.
- Schwalm, A., Feng, Y. S., Mook, J., & Kohlmann, T. (2014). Differences in EQ-5D-3L health state valuations among patients with musculoskeletal diseases, health care professionals and healthy volunteers. *The European Journal of Health Economics*, 1-13.
- Schwarz, B. (2015). Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung zur Optimierung der Zuweisungs- und Behandlungsadäquanz. *Die Rehabilitation*, 54(03), 190-197.
- Schwarz, B., Neuderth, S., Gutenbrunner, C., & Bethge, M. (2015). Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. *J Rehabil Med* 2015;47:58-65.
- Schwarz, B. (2015). Prototypische Fallbeispiele zur Darstellung heterogener Problemlagen von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(04), 203-209.
- Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F. M., Streibelt, M., & Bethge, M. (2015). Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam?. *Die Rehabilitation*, 54(03), 172-177.
- Spanier, K., Streibelt, M., Ünal, F., & Bethge, M. (2015). A web-based intervention to promote applications for rehabilitation: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-7.
- Spies, M., Brütt, A. L., Freitag, M., & Buchholz, A. (2015). Umsetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54, 297-303.
- Streibelt, M., Bethge, M., Insurance, P., & Lübeck, G. M. (2014). Prospective Cohort Analysis of the Predictive Validity of a Screening Instrument for Severe Restrictions of Work Ability in Patients with Musculoskeletal Disorders. *American journal of physical medicine & rehabilitation/Association of Academic Physiatrists*.
- Walther, A. L., & Deck, R. Unterschiedliche Ausgangsbelastungen in der medizinischen Rehabilitation: Möglichkeiten der Flexibilisierung am Beispiel der Reha-Nachsorge. *Die Rehabilitation*.

## Rehawissenschaftliche Arbeitskreise & Kolloquien

- 12.01.2016 Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung**  
Thema: »Transplantationspsychologie: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Nierenlebenspende«. Referentin: Dr. Sylvia Kröncke, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204 oder Campus Lehre, N55, Seminarraum 310/311 (nach Ankündigung). Zeit: 15:00–17:30.
- 26.01.2016 Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung**  
Thema: »Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt – Therapie und Prävention im BMBF-Forschungsverbund CANSAS«. Referenten: PD Dr. Ingo Schäfer, Klinik und Poliklinik Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. Silke Pawils, Institut und Poliklinik Medizinische Psychologie, UKE. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204 oder Campus Lehre, N55, Seminarraum 310/311 (nach Ankündigung). Zeit: 15:00–17:30.
- 09.02.2016 Kolloquium der Psychosozialen Medizin und Versorgungsforschung**  
Thema: »Moderne Krankheiten«. Referent: Prof. em. Dr. Elmar Brähler, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig. Ort: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Haus W26, 2. OG, Seminarraum 204 oder Campus Lehre, N55, Seminarraum 310/311 (nach Ankündigung). Zeit: 15:00–17:30.
- 25.02.2016 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**  
Thema: »Evaluation des Intensivierten Rehabilitationsnachsorge-programms (IRENA) der DRV Bund: Empfehlung, Durchführung und Bewertung«. Referent: J. Lamprecht. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 – 18:00
- 15.03.2016 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**  
Thema: »Aspekte der geriatrischen Rehabilitation«. Referent: N. N. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00
- 23.03.2016 Sozialmedizinisches Kolloquium**  
Thema: »Aktuelle Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen«. Referent: PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Universität Lübeck. Ort: DRV Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck. Zeit: 16:00 – 18:00
- 02.06.2016 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**  
Thema: »Soziale Ungleichheit in der onkologischen Rehabilitation«. Referent: K. Hofreuter-Gätgens. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 – 18:00
- 14.06.2016 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern**  
Thema: »Schnittstellenprobleme in der medizinischen Rehabilitation«. Referentin: PD Dr. Ruth Deck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00
- 08.09.2016 Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein**  
Thema: »Nachsorge durch Sozialarbeit«. Referenten: M. Vogel, P. Lindemann-Sauvant. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 – 18:00

**Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern** **13.09.2016**

Thema: »Rehabilitation und gesetzliche Unfallversicherung«. Referent: N. N. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00

**Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Mecklenburg-Vorpommern** **29.11.2016**

Thema: »Patientenassessments in der Rehabilitation«. Referent: N. N. Ort: Rehabilitationsklinik Dr. Ebel-Fachklinik ‚Moorbad‘, Schwaaner Chaussee 2, 18209 Bad Doberan. Zeit: 16:00 – 18:00

**Rehabilitationswissenschaftlicher Arbeitskreis Schleswig-Holstein** **01.12.2016**

Thema: »Zuweisungskriterien zur STW«. Referent: A. Strahl. Ort: Bibliothek des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Haus 50, 1. Stock, Raum 512; Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Standort Lübeck. Zeit: 16:00 – 18:00

**Nationale und internationale Konferenzen & Kongresse****25. Reha-Kolloquium 2016** **29.02.2016–02.03.2016**

Thema: »Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation«. Ort: Aachen. Web: [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

**17. Jahrestag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.** **03.03.2016–05.03.2016**

Thema: »Gemeinsam informiert entscheiden«. Ort: Köln. Web: [www.ebm-kongress.de](http://www.ebm-kongress.de)

**8. Rehakongress** **11.05.2016–12.05.2016**

Thema: »Facetten des orthopädischen Schmerzes – Neues aus Prävention, Therapie und Rehabilitation« Ort: Baden-Baden. Web: [www.rehakongress.de](http://www.rehakongress.de)

**10th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine.** **29.05.2016–02.06.2016**

Ort: Kuala Lumpur, Malaysia. Web: [www.isprm2016.com](http://www.isprm2016.com)

**Hauptstadtkongress** **08.06.2016–10.06.2016**

Thema: »Innovationen«. Ort: Berlin. Web: [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

**VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER  
REHABILITATIONSFORSCHUNG  
IN HAMBURG, MECKLEN-  
BURG-VORPOMMERN UND  
SCHLESWIG-HOLSTEIN E.V.**

**Anschrift:**  
Deutsche Rentenversicherung  
Nord  
Ziegelstraße 150  
23566 Lübeck

**Geschäftsstelle:**  
Dr. Nathalie Glaser-Möller  
Telefon: 0451/485-10100  
Fax: 0451/485-2910100  
E-Mail: [nathalie.glaser-moeller@  
drv-nord.de](mailto:nathalie.glaser-moeller@drv-nord.de)

**Wissenschaftliches  
Sekretariat:**  
PD Dr. Ruth Deck  
Institut für Sozialmedizin  
Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein  
Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
Haus 50  
23538 Lübeck  
Telefon: 0451/500-5847  
Fax: 0451/500-5872  
E-Mail: [ruth.deck@uk-sh.de](mailto:ruth.deck@uk-sh.de)

**Methodenzentrum  
Mecklenburg-Vorpommern:**  
Dipl.-Psych. Ines Buchholz  
Abteilung Methoden der  
Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald  
Walther-Rathenau-Str. 48  
17475 Greifswald  
Tel. 03834/ 86 7780  
Fax. 03834/ 86 7766  
E-Mail: [ines.buchholz@  
uni-greifswald.de](mailto:ines.buchholz@uni-greifswald.de)

**Methodenzentrum  
Hamburg:**  
Dr. Angela Buchholz  
Institut und Poliklinik für  
Medizinische Psychologie  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, Haus W26  
20246 Hamburg  
Telefon: 040/7410-57705  
Fax: 040/7410-54940  
E-Mail: [a.buchholz@uke.de](mailto:a.buchholz@uke.de)