

Evaluation der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation

Abschlussbericht einer randomisierten Studie an MSK-Rehabilitanden

August 2005

Projektleitung: Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow,
Dr. Thomas Hansmeier

Projektbearbeitung: Dipl. Oec. Marco Streibelt

Inhalt:

1	VORWORT	1
2	DAS MBO-MODELL DER KLINIK NIEDERSACHSEN.....	3
3	THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	5
3.1	BERUFLICH ORIENTIERTE MAßNAHMEN IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION	5
3.2	GRUNDLAGEN DER EVALUATION.....	6
3.2.1	RANDOMISIERUNG	7
3.2.2	EXTERNE KONTROLLGRUPPEN.....	8
3.2.3	MULTIZENTRISCHE NATURALISTISCHE STUDIE.....	8
3.3	STAND DER FORSCHUNG ZUR EVALUATION SPEZIELLER KONZEPTE IN DER ORTHOPÄDISCHEN REHABILITATION.....	8
3.4	ICF-BASIERTE EVALUATION DER MBO-REHABILITATION IN DER KLINIK NIEDERSACHSEN	11
4	METHODIK.....	15
4.1	UNTERSUCHUNGSPLAN	15
4.1.1	ANALYSE DER KLINIKSPEZIFISCHEN ZUGANGS- UND PROZESSSTEUERUNG	15
4.1.2	DURCHFÜHRUNG DER HAUPTSTUDIE	15
4.2	ZENTRALE UNTERSUCHUNGSHYPOTHESEN	16
4.3	BEHANDLUNGSORGANISATION UND IMPLIKATIONEN FÜR DAS STUDIENDESIGN.....	18
4.4	INSTRUMENTENENTWICKLUNG	20
4.4.1	PATIENTENBEFRAGUNG	20
4.4.2	MITARBEITERBEFRAGUNG.....	21
5	STUDIENVERLAUF UND DATENBESTAND	24
5.1	BESCHREIBUNG DER VERGLEICHSGRUPPEN.....	24
5.2	VERGLEICH DER TREATMENT- UND KONTROLLGRUPPEN	25
5.3	DROPOUT-ANALYSE.....	27
5.4	ANALYSEN ZUR REICHWEITE DER ERGEBNISSE	31
6	BEDARFSCHARAKTERISTIKA DER MBO-GRUPPEN.....	33
6.1	BEEINTRÄCHTIGUNG DER AKTIVITÄT UND DER PARTIZIPATION	33

6.2	KONTEXTFAKTOREN	40
6.2.1	BERUFLICHER KONTEXT.....	41
6.2.2	PERSONALER KONTEXT	49
6.2.3	UMWELT.....	56
6.3	KÖRPERFUNKTIONEN UND -STRUKTUREN	60
6.4	ZWISCHENFAZIT.....	66
7	KURZFRISTIGE ERGEBNISSE.....	71
7.1	SPEZIFISCHE ERWARTUNGEN AN DIE REHABILITATION UND RETROSPEKTIVE BEWERTUNG	72
7.1.1	DESKRIPTIVE ANALYSE DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT	73
7.1.2	EINFLUSS DER MBO-BEHANDLUNG AUF DIE PATIENTENZUFRIEDENHEIT	77
7.1.3	EINFLUSS DER MBO-BEHANDLUNG AUF DIE ALLGEMEINE HALTUNG ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION	80
7.2	BEWERTUNGEN DER PROZESSQUALITÄT DER KLINIK.....	82
7.2.1	BEWERTUNG DES ALLGEMEINEN INFORMATIONSMANAGEMENTS DER KLINIK.....	83
7.2.2	BEWERTUNG DES MBO-INFORMATIONSMANAGEMENTS DER KLINIK	85
7.2.3	BEWERTUNG WEITERFÜHRENDER MAßNAHMEN DURCH DIE PATIENTEN.....	87
7.3	INTENDIERTE VERHALTENSÄNDERUNGEN	93
7.3.1	VERHALTENSBEZOGENE ABSICHTSBILDUNG.....	94
7.3.2	VERHALTENSBEZOGENE ERWARTUNGEN	94
7.4	EINSCHÄTZUNG DER PARTIZIPATIONSMÖGLICHKEITEN IM BERUF	96
7.4.1	ARBEITSFÄHIGKEIT VOR UND NACH DER REHABILITATIONSMAßNAHME.....	98
7.4.2	SUBJEKTIVE PROGNOSE DER BERUFLICHEN ZUKUNFT	98
7.4.3	EINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEITSBEDINGTEN EINSCHRÄNKUNGEN IN DER BERUFS AUSÜBUNG	101
8	MITTEL-/LANGFRISTIGE REHA-ERGEBNISSE	103
8.1	VERBESSERUNG DES GESUNDHEITSVERHALTENS.....	104
8.1.1	NIKOTIN, ALKOHOL UND SPORTLICHE BETÄTIGUNG	105
8.1.2	ANALYSE DER EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE VERHALTENSÄNDERUNG	108
8.2	GESUNDHEITLICHER STATUS	111
8.2.1	AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND	112
8.2.2	WAHRNEHMUNG VON SCHMERZEN	113
8.2.3	ANGST UND DEPRESSIVITÄT	113
8.2.4	ANALYSE ZUR STABILITÄT DER EFFEKTE	115
8.3	VERBESSERUNG DER AKTIVITÄTSEINSCHRÄNKUNGEN UND (BERUFSBEZOGENEN) TEILHABECHANCEN	117

8.3.1	GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT.....	118
8.3.2	SCHMERZBEZOGENE BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN VERSCHIEDENEN LEBENSBEREICHEN..	122
8.3.3	ANALYSE ZUR STABILITÄT DER EFFEKTE.....	124
8.4	VERBESSERUNG DER BERUFLICHEN PARTIZIPATION	128
8.4.1	ARBEITSUNFÄHIGKEITSZEITEN.....	128
8.4.2	ERWERBSSTATUS.....	131
8.5	INANSPRUCHNAHME UND PROZESSMANAGEMENT	139
8.5.1	ARZTKONTAKTE UND TEILNAHME AN GESUNDHEITSFÖRDERNDEN ANGEBOTEN	140
8.5.2	DURCHFÜHRUNG VON LTA-MAßNAHMEN UND INDIVIDUELLES ANTRAGSVERHALTEN.....	144
8.5.3	ABSICHTSBILDUNG ZUR INANSPRUCHNAHME VON LEISTUNGEN DER RENTENVERSICHERUNG	148
8.6	ERSTE ERGEBNISSE ZUR KOSTENWIRKSAMKEIT DER MBO-REHABILITATION DER KLINIK NIEDERSACHSEN.....	150
9	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	156
9.1	ZUGANGSREGULATION UND PROZESSBEDINGUNGEN.....	156
9.2	PROZESS- UND ERGEBNISEVALUATION	160
10	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	165
10.1	TABELLENVERZEICHNIS.....	165
10.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	168
11	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	171
12	PROJEKTBEZOGENE VERÖFFENTLICHUNGEN UND KONGRESSBEITRÄGE...	173
13	LITERATURVERZEICHNIS	176
14	ANHANG	183

1 Vorwort

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in den letzten Jahrzehnten einem gesundheitsbezogenen Problemkreis besondere Beachtung geschenkt, der weltweit Gegenstand des gesellschaftlichen und fachlichen Diskurses ist. Es geht um die Frage nach den individuellen Folgen von Krankheit und Behinderung und zunehmend vor allem darum, inwieweit der Einzelne mit seinen persönlichen Ressourcen sein Leben im Einklang mit den persönlichen Erwartungen und seiner Umwelt gestaltet.

Die WHO hat im Ergebnis nach weltweitem intensiven Diskussionsprozess erreicht, den derzeitigen Erkenntnisstand zu den Fragen der so bezeichneten funktionalen Gesundheit in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zusammenzufassen. Das Konzept der ICF ist insofern für das Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland von besonderer Bedeutung, als damit erstmals ein international anerkannter Standard maßgeblich zur Einordnung und Bewertung des deutschen Rehabilitationssystems geworden ist.

Die ICF-Thematik findet jedoch nicht nur ihre Anwendung auf die Versorgungspraxis, sondern gewinnt zunehmend Relevanz für rehabilitationswissenschaftliche Studien. Gerade die kohärente Betrachtung der individuellen *Aktivitäten* und *Partizipation* an relevanten *Lebensbereichen* bietet einen adäquaten Zugang beispielsweise zu Fragen der medizinischen Rehabilitation gesundheitlich beeinträchtigter Erwerbstätiger.

In diesem Versorgungsbereich hat sich in den letzten Jahren eine spezielle methodische Herangehensweise entwickelt - die medizinisch-beruflich orientierte (MBO)-Rehabilitation. Verbunden mit den in den letzten Jahren entstandenen Modellansätzen der MBO-Rehabilitation sind eine Reihe anspruchsvoller Forschungsprojekte, die sich mit den Zugangs- und Interventionsbedingungen aber auch den Ergebnissen der MBO-Rehabilitation auseinandersetzen.

Die im Folgenden wiedergegebenen Studienergebnisse beziehen sich auf die Evaluation des MBO-Modells der Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf. Die Initiative für diesen neuen medizinisch-beruflich orientierten Therapieansatz ging von der Landesversicherungsanstalt Westfalen aus, verbunden mit der im Sozialrecht verankerten Erwartung, dass durch eine verbesserte professionelle Ausgestaltung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine größere berufliche Teilhabe-Chance eintreten werde.

Diese grundlegende Zielstellung stellt gleichzeitig die konzeptuelle Klammer für das vom Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, durchgeführte Forschungsprojekt dar.

Ermöglicht wurde die wissenschaftliche Bearbeitung dieses grundlegenden versorgungsorganisatorischen Problems durch die Förderung der Erwin-Röver-Stiftung, mit Sitz in Hannover, deren Stiftungszweck – die Förderung von Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen und schwerpunktmäßige Unterstützung von Forschungsvorhaben u. a. im Bereich der Rheumatologie und Orthopädie – sowohl eine Entsprechung in den innovativen Ansätzen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation und in einer effizienten Vorbereitung auf die berufliche Partizipation findet.

Darüber hinaus konnte die Forschungsförderung durch die Erwin-Röver-Stiftung maßgeblich dazu beitragen, den wissenschaftlichen Diskurs zur Versorgungsorganisation und den Ergebnissen der MBO-Rehabilitation mit zu gestalten.

Unser besonderer Dank gilt der Erwin-Röver-Stiftung, der LVA Westfalen und nicht zuletzt der Leitung und den Mitarbeitern der Klinik Niedersachsen.

Prof. W. Müller-Fahrnow

Berlin, August 2005

2 Das MBO-Modell der Klinik Niedersachsen

In der Klinik Niedersachsen werden im Auftrag und in Abstimmung mit der LVA Westfalen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen mit medizinisch-beruflicher Orientierung (MBO) durchgeführt. Eingeschlossen ist eine umfassende Beurteilung des positiven und negativen Leistungsbildes auf der Grundlage standardisierter Testverfahren. Es wird ermittelt, ob die bisherige berufliche Tätigkeit vom Patienten auch weiterhin ausgeübt werden kann oder ob er in Zukunft eine andere, weniger belastende und seinen funktionellen und psychosozialen Fähigkeiten besser entsprechende Tätigkeit über einen längeren Zeitraum ausüben kann. In die MBO-Maßnahmen sind die Therapeuten, die Ärzte, der Psychologe, die Sozialpädagogin und der Verwaltungsleiter eingebunden. Zum Zweck der standardisierten Erhebung des individuellen Leistungsprofils haben 13 Therapeuten und 4 Ärzte die EFL-Lizenz (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) erworben. Dadurch ist man in der Lage, pro Woche bis zu 18 Patienten der EFL zuzuführen.

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist ein diagnostisches Instrument zur individuellen Erhebung des sozialmedizinischen Leistungsprofils (Isernhagen 1995).¹ Dahinter steht die Idee, die individuellen Fähigkeiten des Patienten in Beziehung zu seinem Arbeitsplatz beziehungsweise – im Falle etwa der Arbeitslosigkeit – zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu setzen. Insgesamt wird davon ausgegangen, mit Hilfe dieses Instrumentariums gezieltere und validere Aussagen zur Erwerbsprognose treffen zu können.

Innerhalb von zwei Tagen werden verschiedene EFL-Übungen durchgeführt, an denen abgelesen werden kann, was der Patient in Abhängigkeit von der Dauer und der Intensität der Anforderungen zu leisten imstande ist. Dabei spielen nicht die subjektiven Grenzen des Patienten eine Rolle, die entscheidende Bedeutung hat die quasi-objektive Beurteilung des Therapeuten.

Die Teilnahme an den MBO-Maßnahmen wird in der Klinik durch definierte Ein- und Ausschlusskriterien geregelt. Eine summarische Auflistung der priorisierten Kriterien ergibt folgende Liste an Patientenmerkmalen (s.a. BAR 2000):

- *Alter (begrenzt bis 50/55 J.)*
- *keine progrediente Erkrankung*
- *keine Dauerberentung/gute medizinisch/berufliche Prognose*
- *keine ausgeprägten psychischen und kognitiven Störungen, ausreichende psycho-soziale Grundbelastbarkeit, Mobilität/Kommunikationsfähigkeit*
- *Notwendigkeit und auch Wunsch, neue berufliche Perspektive zu entwickeln*
- *Motivation und Zustimmung der Patienten*

Einschlusskriterien der Klinik sind die vorangegangene Arbeitsunfähigkeit (AU) respektive eine bestimmte Mindestanzahl von AU-Tagen im letzten Jahr. Weiterhin wird ein Patient zugewiesen, wenn er einen Rentenantrag gestellt hat oder arbeitslos ist. Zusätzliches – subjektives – Entscheidungskriterium sind eindeutige erwerbsbezogene Defizite, die der Arzt in der

¹ vgl. für weitere praktische Informationen zum EFL-Assessment unter www.isernhagen.com

Aufnahmeuntersuchung feststellt. Ausschlusskriterium ist eine weitgehende Einschränkung der körperlichen Belastungsfähigkeit.

Zusätzlich zur MBO-Rehabilitation wird jeder MBO-Patient durch einen Psychologen und Sozialarbeiter untersucht. Wöchentlich finden MBO-Sitzungen statt, in denen die Ärzte gemeinsam mit EFL-Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter die Teamentscheidungen treffen und neu anstehende MBO-Fälle besprechen. Hier fällt zumeist auch die Entscheidung der weiteren Empfehlungen.

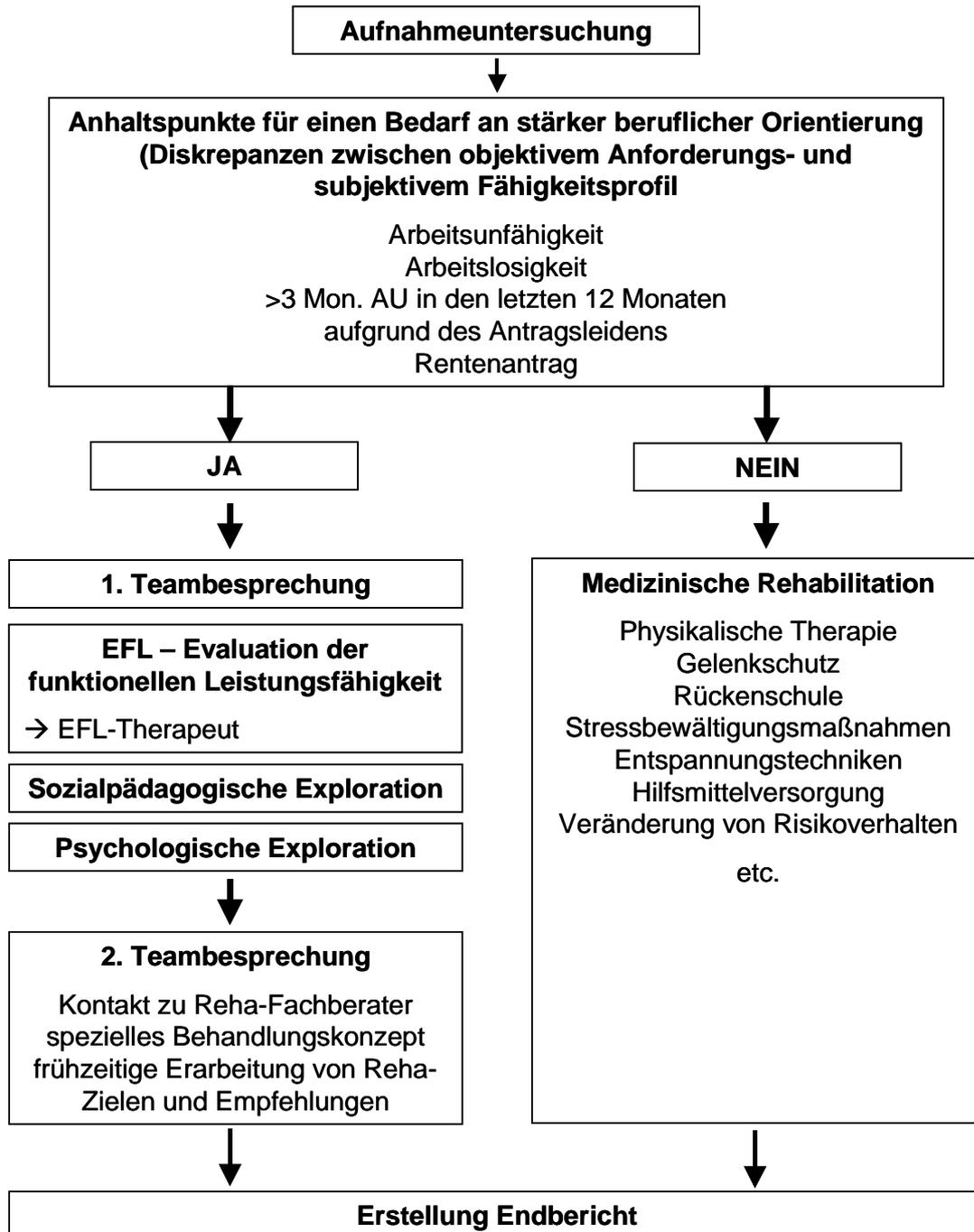


Abb. 2-1: Ablauforganisation der medizinisch beruflichen Orientierung der Klinik Niedersachsen (vereinfachte Darstellung)

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Beruflich orientierte Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation werden *vielfältige Modelle* eingesetzt, die in ihrem Ziel, der Verbesserung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit sowie der Erlangung belastungsbezogener Kompetenzen, kongruent sind. Sie reichen von der ausschließlich verbalen Thematisierung berufsbezogener Inhalte bis zu längerfristigen Belastungsproben (Neuderth/Vogel 2000). Die folgende Übersicht stellt die wichtigsten Behandlungsmodelle nach der angenommenen „therapeutischen Intensität“ geordnet dar:

- Sozialdienst/-beratung bzw. Reha-Beratung
- Arbeitstherapie (allgemeiner Art innerhalb der medizinischen Reha)
- Belastungserprobung und darauf aufbauende Trainings (z.B. EFL)
- Kooperationsmodelle von Reha-Kliniken mit Berufsförderungswerken und anderen beruflichen Einrichtungen
- Phase-II-Einrichtungen (Spezialisierung von einzelnen Kliniken)

Allgemein können zwei verschiedene Modelle differenziert werden, die häufig in Kombination durchgeführt werden. Einerseits werden intern der diagnostische Prozess und die Behandlungsprozesse durch berufsbezogene Maßnahmen(-bündel) erweitert bzw. spezifiziert. Andererseits wird versucht, über eine stärkere Kooperation mit nachstehenden Einrichtungen bzw. den Kostenträgern einen verbesserten Ablauf nachfolgender Maßnahmen zu organisieren (dazu gehört u.a. der Kontakt zu den Reha-Fachberatern bzw. die Kooperation zu den Berufsförderungswerken - BFW).

Beruflich orientierte Maßnahmen innerhalb der medizinischen Rehabilitation sind nicht als Surrogat nachfolgender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu verstehen.² Eher kann man sie – abgesehen von ihrer solitären Funktion – als in der medizinischen Rehabilitation *institutionell verankerte* Vorbereitung solcher Maßnahmen bezeichnen. Wenn man den gesamten Prozess von der umfassenden Diagnostik bis zur Einleitung entsprechender Maßnahmen im reha-medizinischen sowie beruflichen Feld als *Reha-Assessment* definiert, sind beruflich orientierte Maßnahmen innerhalb der medizinischen Rehabilitation in diesem Zusammenhang als vorbereitende Leistung für weitere Maßnahmen nach der medizinischen Rehabilitation zu verstehen (van de Sand 2001).

In diesem Sinne übernehmen sie zwei grundlegende Funktionen (Neuderth/Vogel 2000):

a) *Diagnostische Funktion:*

Dies impliziert die Diagnostik berufsbezogener Problemlagen schon in der Phase der medizinischen Rehabilitation. So können evtl. weiterführende Maßnahmen schneller und besser abgestimmt in die Wege geleitet werden. Dies wird v.a. durch eine stärkere Institutionalisierung von Assessments erreicht.

² Die Begriffe der Teilhabe und der Partizipation werden hier synonym verwendet. Dies ergibt sich aus der unklaren Verwendung des Begriffes. Während im SGB IX explizit der Begriff der Teilhabe im Mittelpunkt steht, findet in der ICF, der International Classification of Functioning, der Begriff der Partizipation Verwendung.

b) *Therapeutische Funktion:*

Dies ist im Sinne einer „Aufarbeitung“ der berufsbezogenen Probleme des Patienten unter Realbedingungen zu verstehen. Zusätzlich wird ein Prozess individueller Strategiefindung bei der zukünftigen Vermeidung von Beanspruchungen im Arbeitsleben (edukative Funktion) initiiert.

Berufsbezogene Assessments in der medizinischen Rehabilitation verfolgen in erster Linie das Ziel der *effektiveren* sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung (Schuntermann 1988). Damit wird speziell auf das Leistungsvermögen der Rehabilitanden im Arbeitsleben abgezielt, indem Anforderungen aus dem Arbeitsleben festgestellt und daran die individuellen Fähigkeiten gemessen werden. Insofern spricht man hier von einer diagnostisch orientierten Funktion von berufsbezogenen Assessments, also standardisierten Erhebungsmethoden speziell für die berufliche Leistungsfähigkeit.

Gleichzeitig werden schon innerhalb des medizinischen Rehabilitationsprozesses aus dieser Diagnostik abgeleitete therapeutische Verfahren eingesetzt, um dem Rehabilitanden frühzeitig die Potenziale seiner Leistungsfähigkeit aufzuzeigen und diese zu trainieren (edukative Funktion).

3.2 Grundlagen der Evaluation

„In der empirischen Methodologie meint `Evaluation` (...) das Design für einen spezifischen Typ von Sozialforschung, der die Informationsbeschaffung über Verlauf und Resultate eines (Handlungs- und Maßnahmen-) `Programms` mit explizit formulierten Zielen und Instrumenten zum Gegenstand hat. Evaluationsziele sind die wissenschaftliche Begleitung der Programm-Implementation und/oder die `Erfolgskontrolle` und `Wirkungsanalyse`.“ (Kromrey 2001, 106f.)

In erster Linie ist Evaluation also konzipiert als Wirkungsforschung, die sich auf einen bestimmten, genau definierten Bereich an Maßnahmen oder Handlungen bezieht. In der Evaluation können vier Kriterien unterschieden werden, nach denen eine Evaluationsstudie zur Bewertung dieses Bereiches aufgebaut werden kann:

- 1) *Angemessenheit/Legitimierbarkeit der Ziele einer Maßnahme*
- 2) *Wirkungen/Nebenwirkungen der Maßnahme*
- 3) *Eignung/Effektivität der Maßnahme für die Zielerreichung*
- 4) *Art/ Effizienz der Durchführung*

Während der erste Punkt auf eine inhaltliche Analyse der Ziele einer Maßnahme unter den Bedingungen ihrer Erreichbarkeit, Rechtfertigung und Angemessenheit abzielt, beziehen sich die anderen drei Punkte in unterschiedlicher Weise auf die empirische Bewertung einer neu eingeführten Maßnahme (wie eben der MBO-Rehabilitation). Die Wirkungen bezeichnen allgemein die intendierten und nichtintendierten Folgen ihrer Einführung, während die Effektivitäts- und Effizienzanalyse diese Wirkungen direkt mit den zu erreichenden Zielen in Beziehung setzt und sie nach inhaltlichen und ökonomischen Gesichtspunkten untersucht.

Man kann den Begriff der Evaluation als formativen – direkt in den Ereignisprozess eingreifenden – oder als summativen begreifen. Summativ bedeutet, dass aus der Beobachterperspektive eine genaue Informationsbeschaffung auf Basis definierter methodischer Erhebungsverfahren durchgeführt wird, um – quasi-objektiv – die gewonnenen Erkenntnisse auf

die Maßnahme zu beziehen und so Aussagen über Qualität und Effektivität machen zu können. Formative Evaluation wird häufig bei noch zu konzipierenden Programmen und Maßnahmen angewendet. Sie erfordert ein permanentes Reflektieren der Maßnahmeneffektivität und die direkte Änderung inadäquater Prozesse (Rossi et al. 1982).

Die Evaluation der MBO-Rehabilitation in der Klinik Niedersachsen ist als summative Evaluation definiert. Es handelt sich um eine Effektivitätsanalyse des MBO-Modells der Klinik. Das Verfahren ist dadurch gekennzeichnet, dass etwaige (inhaltliche oder konzeptionelle) Schlussfolgerungen aus dem Evaluationsprozess nicht oder nur schwer in die allgemeine Praxis (hier also außerhalb der Klinik) übersetzt werden können. Dies resultiert aus der Betrachtung des MBO-Klinikprozesses als „Black Box“.

Solche Untersuchungsansätze lassen sich methodisch unter dem Begriff der Feld-Experimente zusammenfassen (Rossi et al. 1982, VDR 1999). Prinzipiell können drei Methoden mit unterschiedlicher Komplexität, aber auch unterschiedlicher Qualität der Ergebnisse extrahiert werden:

1. *Randomisation (Experimentelles Design)*
2. *Bildung externer Kontrollgruppen (Quasi-Experimentelles Design)*
3. *Multizentrische Studie*

3.2.1 *Randomisierung*

Die aufwendigste, zugleich aber auch inhaltlich ertragreichste Methode besteht in der Evaluation der Interventionen durch ein experimentelles Design. Dabei wird eine Untersuchungsgruppe definiert, die an der Intervention durch die MBO-Rehabilitation teilnimmt. Gleichzeitig existiert eine Kontrollgruppe, der diese Intervention vorenthalten wird. Zur Definition der Untersuchungs- wie der Kontrollgruppe wird die Interventionsstichprobe zufällig zugewiesen, um so spezifischen personenbezogenen Störvariablen, die das Ergebnis der Intervention beeinflussen könnten (Kontextfaktoren), von vornherein dieselbe Chance zu geben, in beiden Gruppen aufzutreten. So ist gewährleistet, dass Unterschiede, die sich im Outcome der beiden betrachteten Gruppen ergeben, nur durch die Intervention selbst erklärt werden können. Diese Annahme basiert natürlich – wie auch die Prüfung von Nullhypothesen – auf der Wahrscheinlichkeitstheorie, so dass nur bei sehr großen Stichproben und wenig Untersuchungsvariablen von einer absoluten Kongruenz der Gruppen gesprochen werden kann. Bei kleineren Stichproben und sehr großen Datenmengen können signifikante Verzerrungen vorkommen, die in der Analyse adjustiert werden sollten.

Allerdings gibt es auch hier Störfaktoren, die in der Literatur auf sensitive Mechanismen innerhalb der Intervention beschränkt werden, so z.B. eine größere Ergebnisorientierung der Untersuchungspopulation allein durch den Umstand der Teilnahme an einem besonderen Verfahren oder die Sensitivität der Therapeuten aufgrund der Adaption der MBO-Philosophie innerhalb der medizinischen Rehabilitation. Als weiterer Nachteil sei außerdem die hohe Komplexität des Verfahrens und seine Sensitivität auf umweltbedingte Einflüsse genannt. Insgesamt ist die Randomisation durch eine sehr hohe interne Validität gekennzeichnet, deren Prüfung allerdings aufgrund der sensitiven Mechanismen zwingend erforderlich ist (van Tulder et al. 2003)

3.2.2 Externe Kontrollgruppen

Die zweite Möglichkeit besteht in der Schaffung einer quasi-experimentellen Situation. Durch die Definition einer externen Kontrollgruppe, die sich jedoch auch aus der Evaluationsstichprobe rekrutiert (hier: MSK-Patienten der LVA Westfalen) kann sich mit einem geringeren Aufwand der oben beschriebenen experimentellen Situation genähert werden. Hier sind allerdings die im Experiment ausgeschalteten personenbezogenen Einflussfaktoren, also solche Parameter, die über den Patienten das Ergebnis direkt beeinflussen und so die interne Validität gefährden, von nicht geringer Bedeutung. Im Falle der MBO-Studien und bei Nutzung weiterer Kliniken mit medizinischer Rehabilitation sei vor allem auf die Fehlerquellen eines Klinikbias hingewiesen:

- *Regionalität durch Zuweisung*
- *sozialmedizinische Charakteristik*
- *Kliniksetting*

Es wird deutlich, dass die Schaffung einer externen Kontrollgruppe weniger komplex, jedoch mit geringerer Validität verbunden ist. Außerdem erhöht sich durch die notwendige Differenzierung nach Alter, Geschlecht etc. die Größe der zu ziehenden Stichprobe.

3.2.3 Multizentrische naturalistische Studie

Die dritte und am wenigsten den Kriterien einer Evaluation genügende Möglichkeit besteht in einem multizentrischen Vergleich einzelner MBO-Kliniken untereinander. Jedoch ist dadurch die eigentliche Outcome-Evaluation sehr schwer durchzuführen, da keine Kontrollgruppe vorliegt. Außerdem hat man auch bei diesem Design mit dem Klinikbias und sonstigen personenbezogenen Störvariablen zu kämpfen. Dadurch besteht ein Kausalitätsproblem, d.h. es sind mögliche Effekte kaum auf die Intervention selbst zurückzuführen. Eine mögliche Lösung bestünde hier in der künstlichen Variation der Intensität der Intervention. So lassen sich u.U. Differenzen im Outcome der MBO-Maßnahmen, erklären.

Ein Vergleich zwischen MBO-Patienten und solchen mit herkömmlicher medizinischer Rehabilitation ist so ebenfalls nicht möglich, weil die Zuweisung zu den MBO-Modulen kriteriengeleitet und damit nicht zufällig erfolgt. Es kann erstens nicht auf die Grundgesamtheit der MSK-Patienten geschlossen werden und zweitens ist eine Analyse der Kriterien zur Definition der MBO-Population nicht möglich.

3.3 **Stand der Forschung zur Evaluation spezieller Konzepte in der orthopädischen Rehabilitation**

Bei Haaf & Schliehe (2000) werden zehn Evaluationsstudien diskutiert, die sich im Bereich der stationären medizinisch-orthopädischen Rehabilitation explizit mit der Evaluation einer bestimmten Maßnahme innerhalb des Rehabilitationsprozesses beschäftigen. Hüppe & Raspe (2005) dagegen identifizieren bis zum Jahr 2003 schon 17 verschiedene Evaluationsstudien, die allerdings beschränkt sind auf Patienten mit chronischen Rückenschmerzen.

Übereinstimmung herrscht in diesen Reviews bezüglich der zu untersuchenden Outcome-Parameter. Einerseits wird unterschieden zwischen institutionellen Daten oder auch Prozessdaten (Arbeitsunfähigkeit(-stage), Beruflicher Status, Diagnosen...), also Daten, die innerhalb der Klinik erhoben werden können und andererseits Daten, die nur durch patienten-

seitige Erhebungen (Selbstauskunft) gewonnen werden. Hierbei wird üblicherweise zu mindestens zwei Zeitpunkten (vor der Rehabilitationsmaßnahme und direkt am Ende dieser) ein Fragebogen an die Patienten verteilt, die innerhalb eines bestimmten definierten Zeitintervalls ihre Rehabilitationsmaßnahme in der entsprechenden Klinik antreten. Ein Vergleich der definierten und veränderungsintendierten Merkmale vor und nach der Rehabilitation ist die Basis für die kurzfristige Ergebnisbewertung.

Aus methodischer Sicht ist bei diesem Ansatz davon auszugehen, dass die beobachteten Veränderungen nicht allein durch den Rehabilitationsaufenthalt zustande kommen können, sondern auch durch nicht betrachtete Ereignisse während des Aufenthaltes oder auch bestimmte Kontextfaktoren (personaler oder institutioneller Art) beeinflusst wird. Dementsprechend wird oft versucht, durch ein adäquates Untersuchungsdesign (hier Randomisation oder Quasi-Experiment, vgl. Abschnitt 2.2) die Wirkungen als durch die Maßnahme verursacht abzusichern. Von den genannten zehn Studien im orthopädischen Bereich sind zwei als Experiment geplant, d.h. es wurde eine zufällige Verteilung von Patienten vorgenommen. In einem Fall (Budde 1994) handelt es sich um die Effektivitätsprüfung eines verhaltensorientierten Therapieprogramms innerhalb der stationären Rehabilitation, in dem anderen Fall (Langer et al. 1998) wird die Effektivität einer Schulung von chronischen Arthritispatienten ermittelt. Dem stehen vier quasi-experimentelle Designs und vier einfache prä-post-Vergleiche ohne Kontrollgruppe gegenüber.

Bezüglich der Outcome-Parameter in den genannten Studien wird der Gesundheitszustand der Patienten nach der ICF (International Classification of Functioning, WHO 2001) operationalisiert. Die ICF unterscheidet die Einschränkungen der funktionalen Gesundheit auf der Ebene der Körperstrukturen und –funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen. Unter die Körperstrukturen und –funktionen werden dabei sowohl körperliche als auch psychische Parameter gefasst, wobei letztere eher kurzfristige Verbesserungen darzustellen vermögen, erstere mittelfristig die Stabilität einer solchen Verbesserung auf körperlicher Ebene feststellen. Zusätzlich werden Instrumente zur Ergebnismessung verwendet, die auf Bewältigungsstrategien und Einstellungsänderungen im Bewusstsein der Patienten abzielen. Abschließend werden verschiedene, diesen Ergebnisrahmen beeinflussende Parameter diskutiert, die – wie soziale Unterstützung, familiäre und berufliche Verhältnisse und personale Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung) – in positiver wie negativer Richtung den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme mit beeinflussen.

Abgesehen davon existieren institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie die aktuelle Arbeitsmarktlage oder die Allokationsentscheidungen im vorherrschenden Gesundheitssystem, die als externe Faktoren mit darüber entscheiden, welche Bedeutung der Rehabilitationsmaßnahme bei der Erklärung von Erfolg/Misserfolg derselben zuzuschreiben ist.

Bisherige Untersuchungen im internationalen Raum zeigen mittelfristige Effekte berufsbezogener Maßnahmen v.a. für den Erwerbsstatus, die AU-Zeiten und teilweise für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (u.a. Fritz et al. 2003, George et al. 2003, Glomsrod et al. 2001, Kole-Snijders et al. 1999, Loisel et al. 1997, Loisel et al. 2003, Soukop et al. 2001, Sullivan et al. 2003, van den Hout et al. 2003). Dabei wurde durch umfangreiche Reviews herausgearbeitet, dass vor allem sekundärpräventive berufsbezogene Programme nachweislich Kosten verringern helfen. Dies tun sie um so eher unter folgenden Bedingun-

gen: (1) es sollte sich um kognitiv-verhaltensbezogene Programme handeln (Snook 2004); (2) sie sollten auf einem multidisziplinären Ansatz basieren; (3) sie sollten möglichst nah an den realen Arbeitsbedingungen orientiert sein (Waddell & Burton 2001) und (4) sie sollten eine bedarfsorientierte Zugangsregulation besitzen (Frank et al. 1998, George et al. 2003).

Die betrachteten Studien zur Effektivität berufsbezogener Programme stehen in hohem Zusammenhang mit strukturellen Rahmenbedingungen. Insbesondere auf der Zugangsebene sind Evidenznachweise v.a. von der Auswahl der Stichproben abhängig. Erstens können aufgrund zu kleiner Patientenkollektive oft keine abgesicherten Ergebnisse, sondern nur Tendenzen berichtet werden. Zweitens wird die Charakteristik der Stichproben in vielen Studien als Einflussfaktor thematisiert. George et al. konnten z.B. nachweisen, dass eine Fear-Avoidance-Based Physical Therapy bei Patienten mit Rückenschmerzen „...only be an appropriate treatment choice for patients that are more likely to be ‘avoiders’“ (George et al. 2004). An anderer Stelle stimmen dem Frank et al. implizit zu, wenn sie feststellen, dass klinische Interventionen „...appear by and large to be ineffective in reducing subsequent disability *unless* they are targeted to people who are still disabled...“ (Frank et al. 1998).

Deutsche Studien können mit internationalen Ergebnissen nur bedingt verglichen werden, denn die stationäre orthopädische Rehabilitation in Deutschland zeichnet sich durch spezifische Besonderheiten in Zugangsdiagnostik und medizinischem Behandlungsprozess aus. Für deren Durchführung und Zielorientierung wird die Kostenträgerschaft der jeweiligen Leistung konstitutiv, denn im herrschenden deutschen Sozialrecht ist bekanntlich geregelt, dass die Kosten derjenige trägt, der im Falle des Scheiterns für die soziale Unterstützung aufkommt. Aus dieser strukturellen Besonderheit ergeben sich methodische Implikationen hinsichtlich des Vergleichs mit internationalen Forschungsergebnissen. Während im internationalen Raum der Erfolg von Maßnahmen anhand homogener Patientengruppen (diagnose- und berufsgruppenspezifisch) untersucht wird, definieren sich die Untersuchungsstichproben in deutschen Untersuchungen oft durch die Differenzierung in einzelne Indikationsgebiete wie Orthopädie, Kardiologie oder Psychosomatik, nach denen auch die Durchführung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgerichtet ist. Die Messung des Erfolgs solcher Maßnahmen ist dabei zusätzlich beeinflusst durch die jeweilige Trägerschaft.

In der deutschen Literatur werden spezielle berufsbezogene Klinikkonzepte in der orthopädischen und v.a. in der psychosomatischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger diskutiert. Deren Evaluation bringt zutage, dass mittel- und langfristige Verbesserungen in der Aktivität und Partizipation der Patienten beobachtbar sind (etwa Koch et al. 2004, Zwerenz et al. 2004). Übereinstimmend wird eine Verbesserung im Erwerbsstatus berichtet, teilweise deuten sich auch auf funktionaler Ebene Verbesserungen der Gesundheit und in der motivationalen Einstellung, etwa bzgl. des Rentenbegehrens an (Greitemann et al. 2004). Allerdings wird dem beruflichen Partizipationsmanagement eher wenig Einfluss in Bezug auf psychosoziale Variablen wie Angst oder Depressivität zugeschrieben (Greitemann et al. 2004, Trowitzsch et al. 2004). Dies ist zum Teil der beruflichen Ausrichtung der überprüften Behandlungskonzepte zuzuschreiben, jedoch scheinen auch speziell darauf zugeschnittene Programme einen (kleineren) Einfluss auf die langfristige psychische Verfassung der Patienten auszuüben.

Methodisch muss angemerkt werden, dass es im deutschen Raum bezogen auf berufsbezogene Maßnahmen bisher weitgehend an Evaluationen, die ein experimentelles Studiende-

sign ansetzen, fehlt. Es ist eine Studie bekannt, die den Erfolg einer multimodalen Therapie (Work Hardening) im Vergleich zu einer Standardbehandlung testete, jedoch keine Überlegenheit des Treatments feststellen konnte (Kleist et al. 2003). Hier müssen konkrete Ergebnispräsentationen abgewartet werden. Einzig „eine günstigere Entwicklung“ der ärztlichen Inanspruchnahme nach der Maßnahme konnte den Patienten mit Teilnahme am Work Hardening beschieden werden.

3.4 ICF-basierte Evaluation der MBO-Rehabilitation in der Klinik Niedersachsen

Wie aus der phänomenologischen Darstellung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Abschnitt 2.1) hervorgeht, erscheint es relativ schwierig, die Spezifik der berufsbezogenen Rehabilitation gegenüber der herkömmlichen Behandlung adäquat herauszuarbeiten: Es fehlt bisher eine allgemein akzeptierte Operationalisierung der MBO-Rehabilitation, ganz zu schweigen von einer umfassenden begrifflichen und theoretischen Einordnung. Einzig die Intention der stärkeren Orientierung auf den Bereich des beruflichen Kontextes schon innerhalb der reha-medizinischen Behandlung ist den einzelnen Modellen bisher gemein.

Jedoch ist ebenfalls weiter oben festgestellt worden, dass zwei Bedingungen vorhanden sind, die den Rahmen einer beruflichen Orientierung abstecken: Erstens sind sie alle in dem Ziel, der Verbesserung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit, also der Abwendung von Beeinträchtigungen in der beruflichen Teilhabe sowie der Erlangung belastungsbezogener Kompetenzen, gleich. Dies ist allerdings auf den ersten Blick auch ein Anliegen der herkömmlichen reha-medizinischen Behandlung aus der Sicht der Rentenversicherungsträger und also noch kein entscheidendes Kriterium.

Zweitens sind MBO-Modelle jedoch mit einer stärker regelorientierten oder institutionalisierten Form der berufsbezogenen Diagnostik und Intervention verbunden. Strukturierte Assessments zur Feststellung des sozialmedizinischen Status, immer in Abhängigkeit von der individuellen Anforderungssituation im Erwerbsleben, liefern über die ärztliche Anamnese hinaus differenzierte Angaben über das Anforderungs- und Fähigkeitsprofil eines Patienten, mit Hilfe dessen effektiver und früher sowohl die weitere rehabilitative Behandlung als auch nachfolgende Maßnahmen geplant und durchgeführt werden können.

Es steckt also zum momentanen Zeitpunkt in erster Linie ein innovatives Organisationskonzept und eine bestimmte Rehabilitations-„Philosophie“ hinter dem Begriff des beruflichen Partizipationsmanagements. Diese ist charakterisiert durch die Intention der effektiven und objektiven Diagnostik des individuellen Leistungsbildes und, aus organisationaler Sicht, der stärkeren Fokussierung und dadurch Sensibilisierung der klinischen Organisation auf den Bereich des individuellen beruflichen Kontextes.

Daraus kann v.a. eine schnellere und bessere Einleitung nachfolgender Maßnahmen resultieren. Das Konzept des beruflichen Partizipationsmanagements in der medizinischen Rehabilitation ist also momentan nicht strukturell vom herkömmlichen Konzept zu trennen, stellt jedoch durch die systematische und in Assessments gebettete Diagnostik der v.a. beruflichen Leistungsfähigkeit und der darauf aufbauenden individuell besseren und objektiveren Empfehlungen für die kurzfristig durchzuführende medizinische Behandlung als auch die

evtl. nachfolgenden Maßnahmen ein qualitäts- und effizienzsteigerndes Konzept in der medizinischen Rehabilitation dar.

Theoretisch kann sich mit Hilfe der ICF (WHO 2001, Schuntermann 2002) dem Problem der inhaltlichen Abgrenzung von beruflich orientierten Modellen zur herkömmlichen medizinischen Behandlung genähert werden. Die ICF ist eine Klassifizierung funktionaler Gesundheit. Sie basiert auf dem ganzheitlichen Ansatz des bio-psycho-sozialen Krankheitsbildes.

Der zentrale Begriff der ICF ist der der funktionalen Gesundheit. Diese äußert sich auf drei Dimensionen: Die körperlichen Funktionen und Körperstrukturen (im folgenden KSF genannt), die Ebene der Aktivitäten einer Person und die Ebene der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen. Eine vorliegende Funktionsstörung, Strukturschaden oder Beeinträchtigung in Aktivität und Teilhabe wird *Behinderung* genannt.

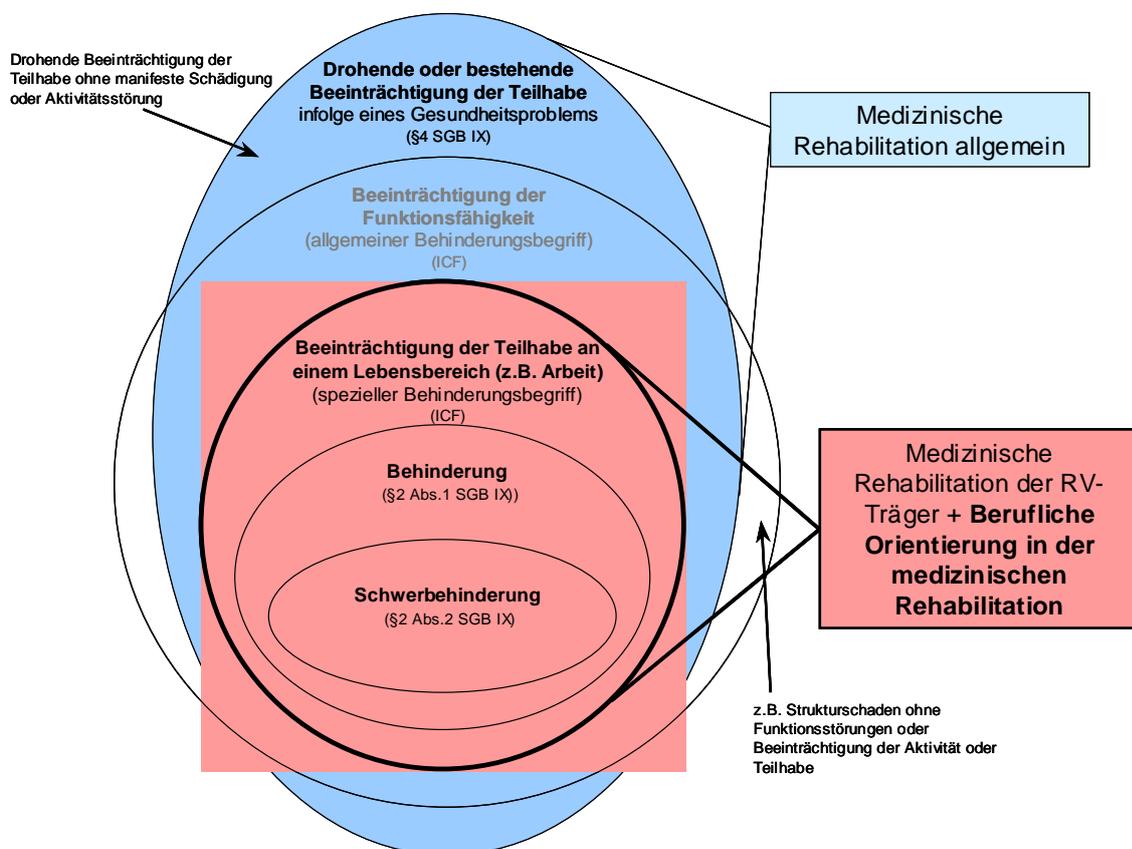


Abb. 3-1: Schematische Darstellung der Einordnung von MBO-Maßnahmen und herkömmlicher medizinischer Rehabilitation in den Kontext der ICF (vgl. Schuntermann 2002, geänderte Darstellung)

Genau dieser Begriff der Behinderung ist das zentrale Moment bei der Feststellung von Reha-Bedürftigkeit im Allgemeinen und MBO-Bedarf im Speziellen. Die ICF geht hier von mehreren Behinderungsdimensionen aus, die sich im SGB IX wiederum etwas variiert darstellen. In Abb. 3-1 ist das Verhältnis der einzelnen Behinderungskonzepte dargestellt. Danach wird im SGB IX in §4 bei der Zielbeschreibung von Leistungen zur Teilhabe allgemein, also inklusive der medizinischen Rehabilitation, der am wenigsten spezifische Behinderungsbegriff verwendet, der sich dadurch auch nur zu einem Teil mit dem allgemeinen Behinderungsbeg-

riff der ICF deckt. Reha-Bedürftigkeit ist laut SGB IX u.a. durch das Vorliegen *drohender oder bestehender Beeinträchtigung der Teilhabe* infolge eines Gesundheitsproblems definiert. Dabei wird in dem Falle (noch) nicht zwischen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinischer Rehabilitation unterschieden. Schuntermann empfiehlt, diesen Behinderungsbegriff dem allgemeinen der ICF vorzuziehen, weil die ICF eben auch Strukturschäden ohne Funktionsstörungen oder Beeinträchtigung der Aktivität oder Teilhabe integriert, was sich aus Sicht der Rentenversicherung nicht als Reha-Bedarf interpretieren lässt. Dagegen vereint der Behinderungsbegriff des SGB IX auch drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe ohne manifeste Störungen der KSF in sich (Schuntermann 2002).

Beeinträchtigungen in der Teilhabe an einem ganz bestimmten Lebensbereich werden in der ICF dem *speziellen Behinderungsbegriff* zugeordnet. Dieser Behinderungsbegriff ist in der Terminologie der Rehabilitation der Rentenversicherung eng mit dem Begriff der *Erwerbsfähigkeit* assoziiert, indem Behinderung nach dem BfA-Kommentar des SGB VI §10 (Hennies 1995) zu einer „erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ (ebd., 28) führen kann und damit eine zentrale Voraussetzung zur Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung ist. Erwerbsfähigkeit bedeutet dabei, „...Arbeitskraft im Erwerbsleben wirtschaftlich zu verwerten und daraus Arbeitslohn zu erzielen“ (ebd., 29). Es wird also explizit der allgemeine Arbeitsmarkt zugrunde gelegt.

Hier ist der originäre Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger allgemein und des beruflichen Partizipationsmanagements im medizinischen Rehabilitationsprozess speziell zu sehen. Im herkömmlichen Modell wird versucht, die Leistungsfähigkeit der Patienten durch vielfältige Behandlungen und Therapien zu steigern und so die *Erwerbsfähigkeit* des Patienten allgemein zu verbessern bzw. wiederherzustellen. Im beruflichen Partizipationsmanagement steht auch die Teilhabe an dem Lebensbereich „Arbeit“, stärker jedoch die *individuelle Erwerbssituation* im Vordergrund, indem ein Vergleich von Leistungsfähigkeit einerseits und individuellen Anforderungen im Bereich Arbeit andererseits durchgeführt und so das Niveau der Leistungsfähigkeit (also der Beeinträchtigung in den Aktivitäten) direkt mit dem jeweiligen beruflichen Kontext konzeptionell verknüpft wird. Im ICF-Konzept erfolgt eine stärkere Gewichtung der Teilhabe am Arbeitsleben sowohl auf diagnostischer als auch auf therapeutischer Ebene.

In Abb. 3-1 kann demnach die Menge, die durch den speziellen Behinderungsbegriff der ICF beschrieben wird, als die Menge der Fälle angesehen werden, die dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung unterliegen. Die Teilmenge des beruflichen Partizipationsmanagements ist sozusagen eine „Schattierung“ dieses Feldes, eine Schattierung, die auf die im Organisationsprozess noch stärkere Fokussierung der Teilhabe am Arbeitsleben als Zielkriterium bezogen ist, während in der herkömmlichen medizinischen Rehabilitationspraxis der Rentenversicherung die (eher unspezifische) Erhöhung der individuellen Leistungsfähigkeit (Aktivitätsebene) im Vordergrund steht. Dies unterlegt auch der Therapieziele-Katalog in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung.³ Explizit werden hier keine Therapie-

³ Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen / Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Reha – Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung - PROGRAMMPUNKT 3: QUALITÄTS-SCREENING / THERAPIEZIEL-KATALOG - Somatische Indikationsbereiche; 2. AUFLAGE, OKTOBER 1999 ; S.5-6

ziele formuliert, die die berufliche Situation bzw. die Beeinträchtigungen in der Teilhabe zum Thema haben.

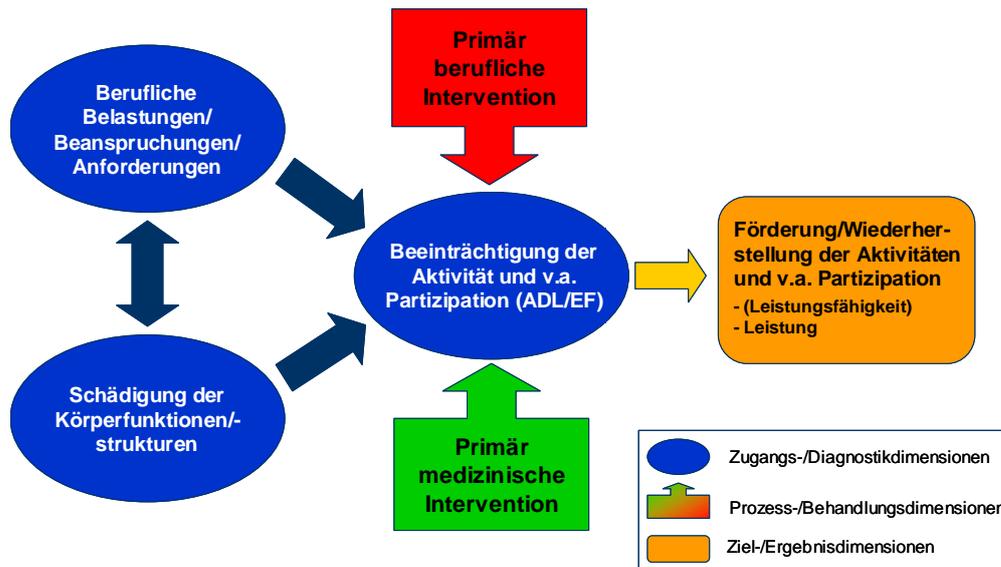


Abb. 3-2: ICF-basiertes Arbeitsmodell der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation

Eine stärkere Fokussierung auf den Bereich der Arbeit und der individuellen Arbeitssituation ist begründetermaßen nicht für alle Rehabilitanden von Bedeutung. Nach der Definition von beruflichem Partizipationsmanagement sollte eine solch spezifische Art der medizinischen Behandlung nur Patienten angedeihen, von denen Folgendes angenommen werden kann: Es existieren so starke Beeinträchtigungen im Arbeitsleben, so dass eine herkömmliche medizinische Rehabilitation nicht in der Lage ist, diesen Zustand adäquat zu verbessern und gegebenenfalls nachfolgende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unausweichlich erscheinen. Um eine solche Bedarfslage frühzeitig erkennen zu können, sind Kriterien sinnvoll, die diese Bedarfslage definieren helfen (vgl. Ein- und Ausschlusskriterien in Abschnitt 2.2).

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ein ICF-basiertes Modell zur Evaluation der MBO-Rehabilitation ableiten (Abb. 3-2). Danach stellt sich der Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger primär durch Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe am beruflichen Lebensbereich dar. Die stärker beruflich orientierte Ausrichtung der MBO-Rehabilitation in diesem Modell beinhaltet eine explizite Integration des beruflichen Kontextes sowie die stärkere Fokussierung auf den Partizipationsaspekt bei der Intervention.

Die zentralen Komponenten der MBO-Evaluation sind demnach das Aktivitätsniveau, Ausmaß der Chance zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Einstellungen zur Arbeit und die Bewältigungsfähigkeit der beruflichen Belastungen. Wichtige Teilkomponenten des Modells sind die somatischen und psychischen Beeinträchtigungen sowie der umweltbezogene und personale Kontext (nicht im Modell integriert).

4 Methodik

4.1 Untersuchungsplan

4.1.1 Analyse der klinikspezifischen Zugangs- und Prozesssteuerung

Zunächst erschien es notwendig, die Rehabilitations-Profile der durch die LVA Westfalen zugewiesenen Fälle und deren Einordnung in die MSK-Grundgesamtheit des Versicherungsträgers zu definieren. Sowohl medizinische (Diagnosen) als auch soziodemografische Aspekte (v.a. Alter und Geschlecht) waren hierbei zu analysieren. Insbesondere der Anteil der MBO-Patienten stellte für das geplante experimentelle Design eine wichtige Bedingung dar. Bei einem zu starken Ungleichgewicht hätte im Zuge der Hauptuntersuchung die Stichprobe dahingehend angepasst (vergrößert) werden müssen, dass in den resultierenden Vergleichsgruppen die statistische Belastbarkeit gewahrt bleibt.

Im Zuge der sechsmonatigen Machbarkeitsstudie stand die Analyse der derzeitigen Organisation der Behandlungsprozesse und deren Dokumentation im Vordergrund. Anhand einer ausführlichen Erfassung der Prozesse wurden die relevanten Steuerungsfunktionen für die klinikinternen organisatorischen Prozesse erforscht. Die Analyse der Ablauforganisation und des Datenmanagements inklusive Instrumenteneinsatz und Erhebungsmodalitäten schaffte die für die Hauptstudie notwendigen Vorklärungen. Für die Hauptstudie war insbesondere relevant, auf welche Weise und an welchem Punkt die geplante Vergleichsgruppenbestimmung einsetzt und v.a. wie sie sich in den organisatorischen Kontext der Klinik einordnet. Dazu erfolgten auch Gespräche mit den Verantwortlichen des Zuweisungsprozesses zur MBO-Rehabilitation.⁴

4.1.2 Durchführung der Hauptstudie

Innerhalb der Hauptstudie war ein zentraler Untersuchungsschwerpunkt die Bewertung der Prozessqualität der MBO-Rehabilitation, speziell der ihr vorgelagerten Analyse der relevanten Problemgruppen, die aufgenommen werden. Es wurde untersucht, ob und in welchem Ausmaß die intendierte Zielstellung einer effektiven beruflich orientierten Rehabilitation mit dem MBO-Konzept der Klinik Niedersachsen erreicht wird. In diesem Rahmen kamen der Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation und ein weiteres Erhebungsinstrument am Ende des klinikinternen Rehabilitationsprozesses zum Einsatz. Darüber hinaus waren Befragungen des Klinikpersonals vorgesehen.

Das Analysekonzept sah vier Erhebungszeitpunkte vor (vgl. Abb. 4-1). Eine erste Erhebung fand zu Beginn der Rehabilitation statt und enthielt Daten zu den Zugangsbedingungen und Ausprägungen von ergebnisrelevanten Merkmalen. Grundlage für diese Erhebung war der klinikeigene Eingangsfragebogen, eventuell erweitert um in der Machbarkeitsstudie extrahierte Komponenten. Die zweite Erhebung wurde nach der Rehabilitationsmaßnahme angesetzt. Dem schlossen sich die postalischen Befragungen sechs und zwölf Monate nach der Maßnahme an. Bei diesen vier Rehabilitandenbefragungen handelte es sich um fortlaufende Befragungen, d.h. es wurden alle Patienten befragt, die der Klinik zugewiesen wurden

⁴ Für weitere Informationen zur Machbarkeitsphase vergleiche den Zwischenbericht der Studie.

Befragungen, d.h. es wurden alle Patienten befragt, die der Klinik zugewiesen wurden und auch der Teilnahme zustimmten.

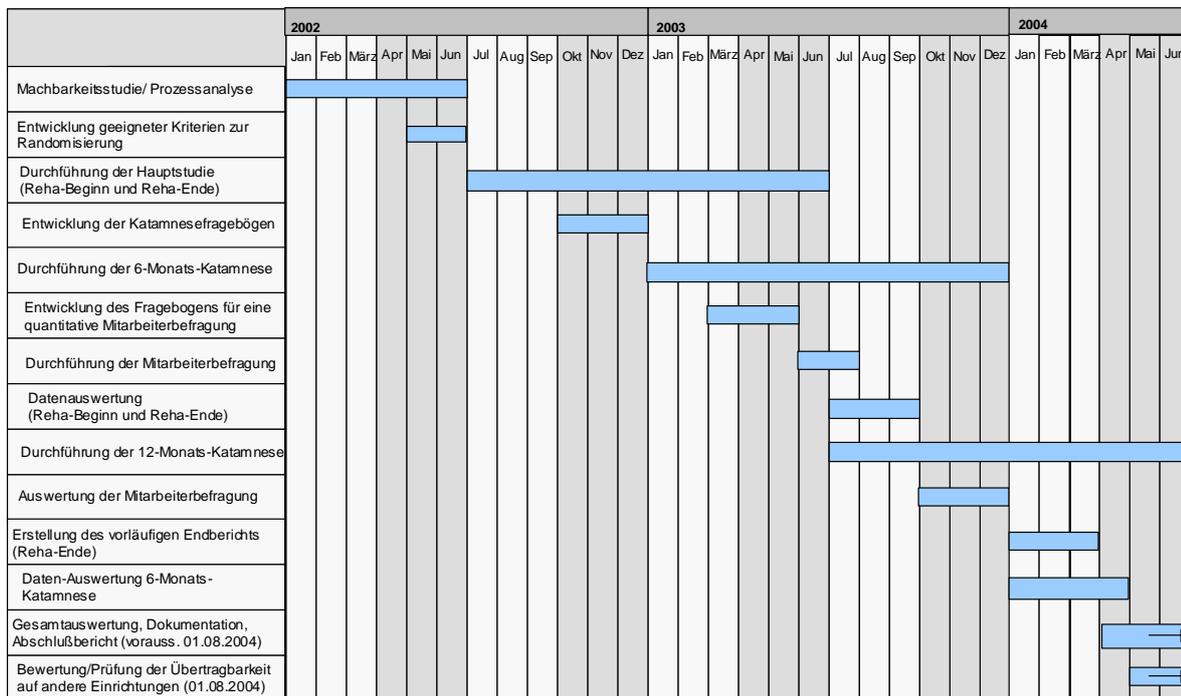


Abb. 4-1: Zeitplan der MBO-Studie in der Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf (Stand 31.12.2002)

Quer dazu sollte eine standardisierte Befragung der Mitarbeiter der Klinik erfolgen, die als einmalige Erhebung konzipiert war. Dies sollte gemäß dem übergreifenden Studienziel zu einer Verbesserung bzw. Optimierung der Patientenversorgung in Rehabilitationseinrichtungen beitragen und stand somit auch im engen Zusammenhang mit den Bemühungen um Qualitätssicherung und –entwicklung im Rehabilitationsbereich. Theoretische Grundlage der Qualitätssicherung ist das von Donabedian entwickelte Qualitätsmodell (Donabedian 1964). Die Qualität einer Dienstleistung ergibt sich demnach aus dem Zusammenspiel von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Deshalb war es für eine umfassende Evaluation der MBO-Maßnahmen in der Klinik notwendig, neben der Erfassung der Ergebnis- bzw. Outcomequalität, die primär auf Patientenangaben beruhte, auch die Ebenen der Struktur- und Prozessqualität zu berücksichtigen bzw. in die Darstellung mit einzubeziehen. Nur vor dem Hintergrund der Kenntnisse von klinik-charakteristischen Struktur- und Prozessmerkmalen, in die die MBO-Maßnahmen eingebettet sind und durch die sie getragen werden, lassen sich – so die Hypothese – potenzielle Behandlungseffekte im Kontext des Kliniksettings sinnvoll interpretieren. Die Ergebnisse dieser Befragung sind im Anhang dargestellt.

4.2 Zentrale Untersuchungshypothesen

Aus den vorherigen Überlegungen ergaben sich unter Berücksichtigung der Ziele der MBO-Rehabilitation folgende zentrale Verlaufshypothesen zur Wirkung von MBO-Maßnahmen:

- A) Der Einsatz von MBO-Maßnahmen innerhalb des medizinischen Rehabilitationskonzeptes der Klinik erhöht den Rehabilitationserfolg derselben.

- B) Es gibt eine bestimmte definierte Teilgruppe an Rehabilitanden, die durch besondere berufsbezogene Problemlagen in ihrem Gesundheitszustand definiert ist. Für diese Gruppe ist die Anwendung von MBO-Maßnahmen effektiver als für Patienten herkömmlicher orthopädischer Rehabilitation.

Der Rehabilitationserfolg stellt sich wiederum auf zwei verschiedenen Ebenen dar. Einerseits kann das MBO-Modell eine Einstellungsänderung bei den Patienten bewirken, die sich sowohl auf die direkte Arbeitssituation bezieht als auch allgemeine Gesundheitsverhaltensweisen beinhaltet. Diese Funktion wurde hier als edukative Funktion definiert. Mittelbar folgt daraus u.U. auch eine substantielle Änderung des funktionalen bzw. psycho-sozialen Gesundheitszustandes. Andererseits ist gerade das MBO-Modell der Klinik in der Lage, durch eine effektive Beurteilung des sozialmedizinischen Status der Patienten weiterführende Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsmarkt vorzuschlagen. Auch daraus wurden stabile positive Änderungen des Gesundheitszustandes erwartet, die jedoch bedingt sind von einer reibungslosen und schnellen Koordination der weiterführenden Maßnahmen. Die folgende Abb. 4-2 zeigt den konzeptionellen Rahmen, in dem die zentralen Thesen untersucht wurden.

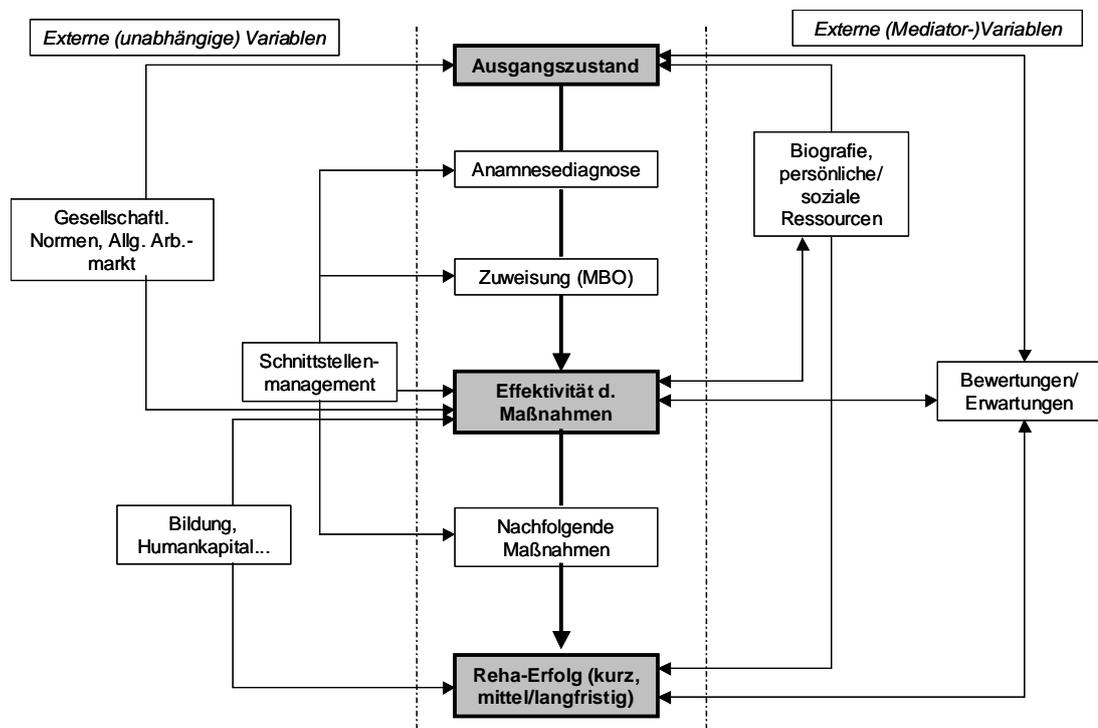


Abb. 4-2: Grafische Darstellung der angenommenen Wirkungszusammenhänge

Die auf der rechten Seite ersichtlichen „Mediatorvariablen“, also individuelle Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der Rehabilitation und der Arbeit sowie Bewertungen von diesen Erfahrungen, wurden als potenzielle Ergebnisfaktoren betrachtet. Diese Aussage ging davon aus, dass gerade auf der kognitiven und der Einstellungsebene kurzfristige Wirkungen ablesbar sind, die sich – wie oben schon erläutert –in darauf folgender besserer körperlicher Verfassung materialisieren.

Auf der linken Seite sind potenzielle Ressourcen und auch Barrieren abgebildet, die durch den Rehabilitationsprozess nicht oder nur marginal verändert werden können, ihrerseits je-

doch entscheidend den Erfolg desselben mit beeinflussen. Sowohl die allgemeine Arbeitsmarktsituation als auch das individuelle Humankapital wurden als unabhängige Variablen angesehen, die über den Zugang zum Arbeitsleben entscheiden. Dem Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Leistungserbringern und dem Kostenträger kam in Bezug auf die MBO-Rehabilitation besondere Bedeutung zu, da das Ziel der schnelleren und effektiveren Einleitung nachfolgender Maßnahmen nur bei reibungsloser Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren adäquat verfolgt werden kann.

4.3 Behandlungsorganisation und Implikationen für das Studiendesign

Bei der Evaluation des MBO-Instruments handelte es sich um die Prüfung einer Veränderungshypothese. Einerseits sollte geklärt werden, ob das zu untersuchende MBO-Konzept am Ergebnis der beruflichen Wiedereingliederungschancen effektiver ansetzt als die normale orthopädische Rehabilitation. Andererseits war das MBO-Konzept gerade auf bestimmte Patientensubgruppen begrenzt, so dass eine Erweiterung der Hypothese lautete, inwiefern die MBO-Rehabilitation genau für die durch Einschlusskriterien extrahierte Population ergebnisorientierter ist als für den Rest der Rehabilitanden. Die Prüfung dieser Hypothese konnte methodisch durch ein randomisiertes Kontrollgruppendesign realisiert werden. Dabei wurde eine Untersuchungsgruppe definiert, die am MBO-Modell teilnimmt. Gleichzeitig existierte eine Kontrollgruppe, die eben dieses Modell nicht durchläuft. Dies war durch die beiden Gruppen der MBO-Patienten und der Patienten mit herkömmlicher medizinischer Rehabilitation gegeben. Da sich jedoch die Fragestellung nicht nur auf das MBO-Konzept beschränkte, sondern zusätzlich erweitert war um einen bestimmten definierten Ausschnitt aus dem Patientengut, hätte die genannte Aufteilung genau diese Hypothese nicht bestätigt. Vielmehr konnte hier einzig ein kontrollierter Zugang der Rehabilitanden zu den einzelnen Modulen das Problem beseitigen.

Die Evaluation einer bestimmten Maßnahme innerhalb des Rehabilitationsprozesses war also nur durchführbar, wenn die erwarteten (Effekte) und nicht erwarteten Wirkungen, die von dieser Maßnahme ausgehen, isoliert dargestellt und auf die Maßnahme an sich zurückgeführt werden konnten. Das Verfahren der Randomisierung stellte hierbei die Lösung mit der höchsten internen Validität dar, d.h. nur durch dieses Design konnten die Effekte der MBO-Behandlung statistisch robust isoliert werden. Die Vorgehensweise der Randomisierung bestand darin, die Untersuchungsgruppe der Intervention, also der MBO-Rehabilitation auszusetzen, der Kontrollgruppe dagegen diese Art der Intervention vorzuenthalten und der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation zuzuweisen. Auf diese Weise konnten, so die o.g. Forderung, mögliche Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe einzig durch die Teilnahme an der MBO-Rehabilitation erklärt werden.

Eine Randomisierung innerhalb des klinikinternen Prozesses war allerdings mit mehreren Problemen behaftet. Erstens handelte es sich nicht um einen Pool an Patienten, der die Studienpopulation definiert, sondern um einen zeitabhängigen permanenten Zulauf. Über den Zeitraum eines Jahres hinweg sollte die Untersuchung durchgeführt werden. Dementsprechend musste eine Lösung für das Randomisierungsproblem gefunden werden, die ebenfalls zeitkontinuierlich wirksam ist.

Zweitens bestand schon innerhalb der Klinik eine Differenzierung hinsichtlich des Patientengutes. Es existierten Kriterien, die genau die für die MBO-Module „geeignete“ Subpopulation

beschrieben. Längere Arbeitsunfähigkeit, das Fehlen eines Beschäftigungsverhältnisses sowie klar erkennbare funktionale Defizite definierten diese Kriterien. Die so definierte MBO-Gruppe hatte einen Anteil von etwa 30-40% der Studienpopulation. Eine Randomisierung konnte also nicht pauschal für alle Patienten durchgeführt werden, sondern sollte diesen Umstand mit berücksichtigen.

Drittens sollte die geplante Randomisierung nicht allzu stark den „Klinikalltag“ beeinflussen, d.h. den Rehabilitationsprozess behindern. Dies war weder auf institutioneller Ebene ratsam, da sonst sowohl Ärzte als auch Therapeuten in ihrer Arbeit behindert würden, noch auf der Ebene des Patienten wünschenswert, denn das Verfahren der Randomisierung reagiert sehr sensibel auf Biases dieser Art.

In der Klinik konnte schematisch folgende Prozessorganisation beobachtet werden: Nach der Anreise werden die Patienten ihrem zuständigen Arzt zur Anamneseuntersuchung vorgeführt. Dabei sind fünf Ärzte für das Patientengut verantwortlich. Sie entscheiden anhand des Aufnahmebogens, ob ein Patient die Kriterien für das MBO-Modul erfüllt oder an der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation teilnimmt. Zusätzlich bestehen klar definierte Ausschlusskriterien, z.B. eine momentane Kontraindikation oder zu lange Arbeitslosigkeit, die von vornherein die herkömmliche orthopädische Rehabilitation vorschreiben. Am Ende einer jeden Woche findet sodann die MBO-Sitzung statt, an der alle Ärzte, der Psychologe, die Sozialarbeiterin und die EFL-Therapeuten, die die EFL durchführen, teilnehmen. Dort wird u.a. geklärt, welche in der vergangenen Woche angekommenen Patienten tatsächlich das MBO-Modell durchlaufen und bei welchen Patienten noch Bedenken angemeldet erscheinen. Erst dann ist der Teil der Patienten extrahiert, der am MBO-Modell der Klinik teilnimmt.

Bei der Implementierung der Randomisierung in den Klinikalltag sollte beachtet werden, auf welche Probleme das Design innerhalb der Klinik treffen würde. Bezüglich der zeitabhängigen Verteilung der Patientenpopulation (über den Zeitraum eines halben Jahres hinweg) sollte ein möglichst großes Zeitintervall anvisiert werden, das die einzelnen Zufallsverteilungen voneinander trennt. Nach Analyse des diagnostischen Entscheidungsprozesses war geplant, am Ende jeder Woche die in der darauf folgenden Woche am MBO-Modell teilnehmenden Patienten zu randomisieren. So war einerseits der Pool an zu verteilenden Patienten ausreichend groß, andererseits bestand eine klare zeitliche Trennung zwischen den einzelnen Randomisierungsprozessen.

Die klinikinterne Differenzierung musste insofern beachtet werden, als dass sich die grundlegende Hypothese (Das MBO-Modell erhöht die Effektivität der Rehabilitation) erweitert, indem sie nur für bestimmte, durch klare Kriterien definierte Subgruppen unter den Patienten gilt. Es galt also zu testen, ob erstens die Maßnahme an sich Effekte zeigt und zweitens die richtigen, wirklich „bedürftigen“ Patienten der Maßnahme zugeführt werden. Aus diesem Grund sollte eine *Blockrandomisierung* erfolgen. Das bedeutete, dass, abhängig von der klinikinternen Differenzierung in MBO-bedürftige und nicht MBO-bedürftige Patienten, das Patientengut wöchentlich (in Blöcken) zufällig auf die tatsächlichen Behandlungsalternativen verteilt wurden.

Drittens sollte die Randomisierung quasi „schleichend“, also den Klinikalltag nicht beeinflussend, implementiert werden. Dazu wurden die beiden unterschiedlichen Schritte der Randomisierung in einem integriert. Dies geschah unter der notwendigen Bedingung, dass sich die Gruppengrößen von Interventions- und Kontrollstichprobe aufgrund der Randomisierung

nicht ändern würden. Demnach wurden vor der MBO-Sitzung (also am Ende jeder Woche) die beiden Listen mit MBO- und nicht MBO-Patienten außerhalb der Klinik dazu benutzt, die Hälfte der MBO-Patienten heraus zu filtern und mit Patienten, die eigentlich die herkömmliche medizinische Rehabilitation durchlaufen würden, wieder aufzufüllen

Auf diese Weise waren zwei Zuweisungsschritte der eigentlichen Maßnahme vorgeschaltet. In einem ersten Schritt wurde überprüft, inwiefern die Patienten die Kriterien zur Teilnahme am MBO-Modell erfüllten oder nicht (a+c). In einem zweiten Schritt wurde die Untersuchungsgruppe der MBO-Patienten zufällig zur Hälfte „ausgetauscht“ mit Patienten ohne berufliche Problematik (b+d), so dass die Gruppenstärken konstant blieben.

Tab. 4-1: Analytische Darstellung der erfolgten Blockrandomisierung in der Klinik

		MBO-Kriterien (1)		
		erfüllt	nicht erfüllt	
MBO- Teilnahme (2)	ja	a	b	a+b
	nein	c	d	c+d
		a+c	b+d	a+b+c+d

4.4 Instrumentenentwicklung

4.4.1 Patientenbefragung

Auf der Ergebnisebene (abhängige Variable) sollte der Soll-Zustand, also die anvisierten Ziele, mit dem Ist-Wert dieser Ziele (Effekte) verglichen werden. Hier können laut Modell zwei grundlegende Zustände unterschieden werden: Einmal ist definiert, dass eine erfolgreiche Intervention Effekte in der Einstellung zum beruflichen Kontext liefert, soweit dieser veränderbar ist. Dazu gehören der Umgang mit Arbeitsbelastungen genauso wie die Arbeitszufriedenheit und der objektive Arbeitsstatus (Erwerbsfähigkeit, Arbeits(un)fähigkeit, EM-Rente). Auf der anderen Seite besteht ein Ziel der Rehabilitation im Allgemeinen und der MBO-Rehabilitation im Besonderen in der Aufrechterhaltung der Aktivität und Partizipation am beruflichen Leben. Hier spielen zum großen Teil funktionelle Fähigkeiten und Einschätzungen zum Verhältnis Arbeit und Gesundheit eine Rolle. Daneben spielen auch allgemeine gesundheitliche Parameter, die auf der Ebene der KSF angesiedelt sind, eine Rolle bei der Ergebnisbewertung.

Die unabhängige Variable, innerhalb der Hypothesen als „Effektivität der (MBO-) Maßnahmen“ definiert, ließen sich auf direktem Wege nicht oder nur eingeschränkt in die empirische Erhebungspraxis übersetzen. Dementsprechend musste hier ein indirekter Zugang gewählt werden. Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in der abhängigen Variable können mit dem Modell der Randomisierung als Effekte der jeweiligen Maßnahme im Vergleich zum Ausgangszustand identifiziert werden. Dabei kommt dem zeitlichen Bezug des Untersuchungsdesigns entscheidende Bedeutung zu, denn es kann als gesichert gelten, dass das Ergebnis der Rehabilitation, in Abhängigkeit zum Ausgangszustand gestellt, nur durch diesen selbst bzw. die dazwischen liegende Intervention beeinflusst wird.

Der inhaltliche Bezug der Verwendung findenden Instrumente bei der Messung des Gesundheitszustandes kann im Wesentlichen in zwei verschiedene Bereiche untergliedert werden: Einmal existieren indikationsspezifische Instrumente zur Messung des Gesundheitszustandes, die sich auf die jeweilige Krankheit direkt beziehen (die Diagnosen oder das Schmerzerleben). Auf der anderen Seite bestehen, gerade auf der Ebene der Patientenbefragung, generische Instrumente zur Messung des allgemeinen, nicht an eine Indikation gebundenen Befindens (hier z.B. der SF-36 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit).

Ein zweiter Hinweis betrifft die Dimension der Erhebung: Quasi-objektive oder institutionelle (Experten-)Urteile stehen im Allgemeinen Selbsteinschätzungen der gesundheitlichen und auch beruflichen Situation gegenüber. Vorteil institutioneller Parameter ist die angestrebte „Objektivierung“ des individuellen Zustandes auf klar definierte und reproduzierbare Daten. Der Nachteil dieser Art der Erhebung liegt aber auch genau in der Begrenztheit solcher institutioneller Kategorien, in die der individuelle Zustand „gepresst“ wird. Hier können Selbsteinschätzungen ein adäquates Pendant liefern, in dem die Patienten als Experten ihres eigenen Zustandes nach diesem gefragt werden. Allerdings können Parameter der Selbsteinschätzung oft nicht mit der nötigen Validität und Reliabilität aufwarten, wie dies institutionelle Daten leisten. Doch sollten ausreichend getestete und validierte Instrumente dieses Problem beheben können. In der folgenden Tabelle sind die verwendeten Instrumente und ihre zeitliche Einordnung dargestellt.

4.4.2 Mitarbeiterbefragung

Die Messung der Prozess- und Ergebnisqualität nahm aufgrund der Erhebung sowohl der Mitarbeiter- als auch der Patientenzufriedenheit einen hohen Stellenwert ein, denn mit einer umfassenden Mitarbeiterbefragung lassen sich gezielt Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten in der Einrichtung bzw. Klinik aufzeigen, da die Mitarbeiter an den meisten Prozessen direkt beteiligt sind und detaillierte Kenntnisse besitzen, die für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen von Bedeutung sein könnten. Darüber hinaus ist der Einsatz von Mitarbeiterbefragungen unter dem Gesichtspunkt der Evaluation sinnvoll, wann immer strukturenverändernde Maßnahmen durchgeführt wurden oder auch – wie in unserem Fall – neue Behandlungskonzepte in einer Einrichtung zum Einsatz kommen.

Als Instrument zur Befragung der Mitarbeiter wurde der speziell für Rehabilitationskliniken entwickelte standardisierte Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit (Mizu-Reha) verwendet. Dieses Instrument wurde ergänzt um einzelnen Themenblöcke und Items aus einem Mitarbeiterfragebogen, der im Rahmen eines Pilotvorhabens zur Einführung von Benchmarkingmethoden im Gesundheitswesen von Mitarbeitern des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen entworfen wurde (in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung). Darüber hinaus lagen einige von uns konstruierte Fragen vor, die sich zum einen speziell auf mögliche Veränderungen und Auswirkungen im Zusammenhang mit der Einführung der medizinisch berufsorientierten Elemente im Klinikkontext beziehen und zum anderen der Erfassung der Akzeptanz dieser Elemente unter den Mitarbeitern dienen.

Die inhaltliche Dimensionen der Mitarbeiterbefragung im Überblick:

- *Betriebsklima, Mitarbeiterorientierung, Führung*

- Innerbetriebliche Abläufe und Kommunikation
- Persönliche Wichtigkeit von Arbeitsaspekten, Allg. Arbeitszufriedenheit
- Schwachstellen und Optimierungsbedarf innerhalb der Einrichtung
- Patientenzufriedenheit
- Spezielle Fragen zur MBO-Rehabilitation

Tab. 4-2: Verwendete Instrumente und deren zeitliche Erhebung

		MBO-EFL Klinik Niedersachsen			
Instrument	Quelle	Reha-Beginn	Reha-Ende	6-Mon-Kat	12-Mon-Kat
<i>KSF</i>					
Diagnosen (ICD10)	Prozessdaten	Klinik	Klinik		
Schmerzen (NRS 10)	RV-QS-Programm	x	x	x	x
Mainzer Stadienmodell	Gerbershagen 1997	x			
HADS	Herrmann et al. 1995	x	x	x	x
Euroqol (VAS)	v.d. Schulenburg 1998	x	x	x	x
<i>Aktivitäten/Teilhabe</i>					
SF-36	Kirchberger/Bullinger 1998	x		x	x
PDI - Pain Disability Index	Dillmann et al. 1994	x		x	x
berufliche Zukunft	BfA	x	x		
<i>Individueller Kontext</i>					
AVEM - Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster	Schaarschmidt/Fischer 1996	x		x	x
KKG - Kontrollüberzeugungen	Lohaus/Schmitt 1989	x			
F-SOZU - Fragebogen zur sozialen Unterstützung	Sommer/Fydrich 1989		x		
Änderungsdruck	Fuchs et al.		x	x	x
Änderungsintentionen	Renner et al.		x	x	x
Konsequenz- und Kompetenz erwartung	Renner et al.		x	x	x
Gesundheitsverhalten (Nikotin, Alkohol, Sport, med. Vorsorge)	RV-QS-Programm	x		x	x
Generalisiertes Vertrauen			x		
<i>Beruflicher Kontext</i>					
ABB-K - Arbeitszufriedenheit	Kischke et al. 1980	x		x	x
Wiederaufnahme Arbeit	BBS-Projekte *)	x	x		
Berufl. Veränderungen aufgrund Gesundheit				x	x
Schichtdienst				x	

...Fortsetzung Tab. 4-2: Verwendete Instrumente und deren zeitliche Erhebung

FBS - Fragebogen zur Beschäftigten-Selbstbeurteilung	Potthoff/Schian 1996	x		x	x
Einschränkungen im Beruf	BBS-Projekte *)	x	x	x	x
Stärke der Auswirkungen der med. Reha auf Tätigkeit					x
Nutzen der Reha-Ergebnisse in Praxis				x	
Inanspruchnahme von LTA				x	x
<i>Rehabilitation/ nachfolg. Maßnahmen</i>					
Info MBO-EFL	Eigenentwicklung		x		
BFA-Reha: Erwartungen	Koch 1996	x			
BFA-Reha: Bewertungen	Koch 1996		x		
Reha-Berater	Eigenentwicklung		x		
ZUF-8	Schmidt et al. 1989		x		
Info Reha-Berater, Therapien...	Eigenentwicklung		x	x	x
Anregung zur Reha	BBS-Projekte *)	x			
Empfehlungen			x		
<i>Soziodemographie/individueller Kontext</i>					
Familienstand	AG Routinedaten des	x		x	x
Pers. im Haushalt	Förderschwerpunktes	x		x	x
HH-Situation	Rehabilitationswissen-	x		x	x
Einkommen (Höhe/Quelle)	schaften	x		x	x
Schulabschluss		x			
Tätigkeit (längste/letzte, Art, Dauer)	Eigenentwicklung	x		x	x
Berufsabschluss	ebenda	x			
hauptberufl. Stellung		x			
Wirtschaftsbereich		x			
Größe des Unternehmens		x			
Erwerbssituation (ganztags...)		x		x	x
AU (jetzt/retrospektiv)	BfA	x		x	x
AU (wg. Reha-Krankheit)	Eigenentwicklung	x		x	x
Kündigung angedroht	BfA	x		x	x
Versuch d. Wiedereingliederung	BfA	x			
Rentenfrage	BfA	x		x	x
Rentenantrag	BfA	x		x	x
Schwerbehinderung	BfA	x			
Sozialgerichtsklage	BfA	x			
berufl. Ziele	Eigenentwicklung	x			

*) → Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Berlin – Brandenburg – Sachsen

5 Studienverlauf und Datenbestand

Im Gegensatz zum Zwischenbericht hat sich die Planung der Studie dahingehend geändert, dass der Zeitraum der Datenerhebung – wie im Zwischenbericht vorgeschlagen – um weitere sechs Monate auf nunmehr zwölf Monate erhöht wurde. Dies wurde im Zwischenbericht mit zu geringen Fallzahlen bei der Analyse der Katamnesezeitpunkte argumentiert. Das bedeutet – ersichtlich in der Abb. 4-1 – eine Verlängerung des Studienzeitraums um ebenfalls sechs Monate.

Weiterhin ist beschlossen worden, eine theoretisch dringend notwendige, durch die bisherigen Fallzahlen nicht zu rechtfertigende 12-Monats-Katamnese anzusetzen. Jedoch zeigen die positiven Rücklaufquoten, dass bestimmte Zielgrößen auch nach einem Jahr mit der nötigen statistischen Robustheit Erkenntnisse produzieren.

Im Folgenden werden zentrale Voranalysen durchgeführt, die Erkenntnisse zu drei wichtigen Bedingungen der Ergebnismessung liefern sollen:

1. Hat die Randomisierung – wie die theoretische Annahme der gleichen Verteilungswahrscheinlichkeit nahe legt – tatsächlich keine Unterschiede zwischen den Treatment- und Kontrollgruppen produziert?
2. Inwiefern hat der studienbedingte Ausfall von Patienten einen Einfluss auf die Ergebnismessung?
3. Wie groß ist die interpretative Reichweite der Ergebnisse?

5.1 Beschreibung der Vergleichsgruppen

Innerhalb des Klinikprozesses wird nach definierten Kriterien aus dem gesamten Patientenpool der Teil an Rehabilitanden ausgewählt, von dem angenommen wird, dass er verstärkt berufsbezogene Problematiken aufweist und so einer bestimmten berufsbezogenen Beratung oder Therapie bedarf. Dabei werden die Kriterien im Wesentlichen auf den Fall der Arbeitslosigkeit, die Existenz eines Rentenantrages und erhöhte AU-Zeiten im letzten Jahr begrenzt. Als zusätzliches Kriterium erfolgt eine individuelle (ärztliche) Begutachtung während der Anamnese in Bezug auf besondere berufliche Problemlagen, die nicht durch die oben genannten Kriterien erfasst werden. So kann eine Trennung von speziellen MBO-Patienten und Patienten mit herkömmlicher orthopädischer Behandlung gemacht werden. 45% der Studienpopulation fallen in die erste Kategorie (vgl. Tab. 5-1, die beiden letzten Zeilen).

Tab. 5-1: MBO-Gruppe: Verteilung in der MBO-Stichprobe

	N	%
MBO ⁻ (ohne EFL) → K	153	31,0%
MBO ⁻ (mit EFL) → U	119	24,1%
MBO ⁺ (ohne EFL) → K ⁺	113	22,9%
MBO ⁺ (mit EFL) → U ⁺	109	22,1%

Bezüglich der Teilnahme an der MBO-Maßnahme der Klinik kann also Folgendes berichtet werden: Von den Studienteilnehmern wurden 222 für die MBO-Maßnahme vorgesehen (44,9%). Dieser Wert liegt über dem Erfahrungswert aus vergangenen Jahren. Erklärungen hierfür könnten eine veränderte Zuweisungsstruktur der LVA Westfalen genauso sein wie Einflüsse der Studie auf die Klinikorganisation. 228 Patienten nahmen schließlich – nach Durchführung der Randomisierung – an der Maßnahme teil.

Durch den Randomisierungsprozess wird diese Aufteilung insofern weiter spezifiziert, als dass nun die Hälfte der Patienten mit besonderer beruflicher Problematik (MBO^+) und der Patienten ohne besondere berufliche Problematik (MBO^-) zufällig ausgewählt werden, so dass innerhalb der Bedarfsgruppen jeweils zwei Vergleichsgruppen entstehen. Eine dieser beiden Gruppen erhält dementsprechend die MBO-Behandlung und wird im Folgenden „Treatment-“, oder „Untersuchungsgruppe“ genannt (Kürzel: U). Ein Plus oder ein Minus nach dem Kürzel verdeutlicht, ob es sich um die Treatmentgruppe aus der Teilstichprobe der MBO^+ -Patienten handelt oder aus der Gruppe der MBO^- -Patienten stammt. Die jeweilige Gruppe mit herkömmlicher orthopädischer Rehabilitation stellt die entsprechende Kontrollgruppe dar (Kürzel: K). Auch hier verdeutlicht der Suffix „+“ oder „-“, aus welcher Bedarfsgruppe die Gruppe stammt.

5.2 Vergleich der Treatment- und Kontrollgruppen

Als erstes soll der Frage nachgegangen werden, ob es trotz der randomisierten Verteilung der Patienten auf Treatment- und Kontrollgruppen signifikante Unterschiede in bestimmten Parametern gibt. Dazu müssen jeweils Treatment- und Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Ausgangsbedingungen miteinander verglichen werden.

Durch einen solchen Vergleich wird sichergestellt, ob die Annahme der Randomisierung, nämlich die gleiche Wahrscheinlichkeit des Auftretens sämtlicher störender Einflüsse in den beiden jeweils vergleichbaren Gruppen (innerhalb der MBO^+ -Gruppen sowie innerhalb der MBO^- -Gruppen) tatsächlich bestätigt werden kann oder ob bei der weiteren Analyse etwaige Parameter zusätzlich berücksichtigt werden sollten. Laut Annahme und Gesetz der Wahrscheinlichkeit ist ein solcher Gruppenunterschied nicht auszuschließen. Deshalb sollten die relevanten Parameter erkannt werden, um in späteren Ergebnismessungen darauf reagieren zu können. Dabei gilt als Hypothese: Einerseits existieren Unterschiede zwischen den Gruppen MBO^+ und MBO^- , andererseits sind signifikante Differenzen bei potenziellen Störfaktoren innerhalb der Gruppen nur mit einer angenommenen Wahrscheinlichkeit von 0,05 oder 5% der Messungen zu erwarten. Diese werden erkannt und in Bezug auf die weiteren Erfolgsmessungen interpretiert.

Tab. 5-2: Vergleich der Ausgangsbedingungen der jeweiligen Treatment- und Kontrollgruppen (t_1)

	MBO(+)		MBO(-)		
	K(+) (N=113)	U(+) (N=109)	K(-) (N=153)	U(-) (N=119)	
Alter (in Jahren)	43,4 (9,4)	44,5 (10,5)	47,5 (8,9)	47,9 (8,7)	
Geschlecht– Männlich (%)	76,1	82,6	68,0	72,3	
Diagnosen ICD-10: M40-M54 (%)	88,8	71,0	82,6	86,4	¹
Winkler-Index: Unterschicht (%)	38,5	31,4	20,7	17,9	
Familienstand: getrennt/geschieden (%)	35,7	35,2	19,9	19,8	
Erwerbsstatus:– arbeitslos (%)	28,7	14,3	4,9	7,0	¹
AU-Fälle im letzten Jahr (%)					
1	43,8	46,5	29,8	25,4	
2 – 4	43,8	42,2	57,1	57,8	
>4	12,4	11,3	13,1	16,8	
AU-Zeiten im letzten Jahr	16,1 (17,5)	16,2 (16,7)	7,1 (9,9)	9,5 (13,9)	
AU bei Antritt der Maßnahme (%)	78,7	86,9	18,2	12,9	
Anregungen zur Rehabilitation (%)					
private Anregung	20,4	22,0	40,5	32,8	
ärztliche Anregung	72,6	72,5	68,6	70,7	
institutionelle Anregung	46,9	52,3	17,6	19,3	
Funktionale Gesundheit					
Aktuelle Gesundheit (VAS-EQOL)	47,0 (17,9)	44,4 (19,4)	54,5 (17,2)	55,0 (15,7)	
Schmerzen (NRS)	7,1 (1,6)	7,3 (1,6)	6,4 (1,7)	6,7 (1,6)	
Körperliche Summenskala (SF-36)	28,5 (7,5)	29,3 (7,2)	33,5 (8,4)	33,0 (7,4)	
Psychische Summenskala (SF-36)	42,9 (12,6)	42,0 (12,3)	46,1 (11,9)	46,4 (12,7)	
Pain Disability Index (PDI)	35,3 (14,4)	39,1 (14,7)	27,8 (13,9)	28,2 (13,9)	
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Beruf: stark eingeschränkt (%)	61,2	60,4	37,9	35,3	
Berufliche Zukunft (%)					
weiterhin auf Arbeitsplatz arbeiten	32,4	39,2	68,0	55,9	²
auf anderem Arbeitsplatz arbeiten	37,0	44,1	23,8	24,6	
Rente/ nicht mehr arbeiten	38,0	37,3	14,3	8,5	
arbeitslos/krank geschrieben	17,6	23,5	8,8	7,6	

...Fortsetzung der Tab. 5-2

Berufliche Belastungen					
Physische Belastungen	4,0 (1,6)	3,7 (1,6)	3,3 (1,5)	3,8 (1,4)	²
Belastungen aus der Arbeitsumgebung	4,7 (3,4)	4,9 (3,3)	4,1 (3,3)	4,3 (3,2)	
Belastungen aus der Arbeitsorganisation	1,9 (1,6)	2,1 (1,6)	1,7 (1,5)	1,9 (1,5)	
Psychomentale Belastungen	2,0 (1,9)	2,2 (2,0)	2,0 (1,9)	2,0 (1,7)	
Arbeitszufriedenheit (ABB)	3,3 (1,2)	3,3 (1,3)	3,1 (1,2)	3,2 (1,2)	
Arbeitsbezogenes Verhalten (%)					
Risiko-Typ A	34,0	24,5	26,7	23,3	
Risiko-Typ B (Burnout)	26,4	19,8	24,0	26,7	

Anmerkungen: Angabe von Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD), wenn nicht anders angegeben.

¹ $p < .05$ innerhalb von MBO⁺ (U⁺ - K⁺)

² $p < .05$ innerhalb von MBO⁻ (U⁻ - K⁻)

Die Tab. 5-2 zeigt eine Auswahl der Ausgangsparameter, an denen sich ablesen lässt, ob die Gruppen innerhalb der jeweiligen Bedarfskonstellation unterschiedlich sind oder nicht. Im Einzelnen wird auf die Werte noch eingegangen (vgl. Kapitel 6). An dieser Stelle interessiert primär die letzte Spalte der Tabelle. Hier ist dargestellt, ob es innerhalb der MBO⁺- oder der MBO⁻-Gruppe signifikante Unterschiede gibt. Es wird deutlich, dass dies jeweils bei zwei Variablen der Fall ist. Die Gruppe U⁺ unterscheidet sich signifikant von der Kontrollgruppe K⁺ in der Aufnahmediagnose und im Erwerbsstatus. Patienten der Treatmentgruppe sind signifikant seltener arbeitslos und besitzen auch signifikant seltener eine Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens als Erstdiagnose. Dagegen unterscheiden sich die Vergleichsgruppen U⁻ und K⁻ hinsichtlich ihrer Einschätzung der beruflichen Zukunft und der Anzahl der physischen Belastungsfaktoren. Hier geben U⁻ Patienten an, weniger Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zu besitzen. Des Weiteren meinen weniger von ihnen, später wieder in ihrem Beruf arbeiten zu können.

Da es sich hierbei, bezogen auf die Erfolgsbewertung berufsbezogener Elemente in der medizinischen Rehabilitation, um Confounder handelt, hat dies Implikationen für die Ergebnisbewertung. Um Effekte auf das MBO-Modell beziehen zu können, wurde daher in den jeweiligen Schätzmodellen der Einfluss dieser Variablen kontrolliert.

5.3 Dropout-Analyse

Die ersten Patienten, die einen Fragebogen mit der Einladung bekamen, wurden am 15.07.2002 (29.KW) eingeladen. Ausgehend von dem geplanten Beginn der Datenerhebung am 01.07.2002 verzögerte sich der gesamte Prozess um zwei Kalenderwochen. Erklärung hierfür sind Abstimmungsprobleme bezüglich der Durchführung der Randomisierung zwischen den Projektbeteiligten. Das Ende der Datenerhebung war demnach auf die 31. KW des Jahres 2003 datiert. Somit belief sich der Zeitraum der Datenerhebung auf 52 KW.

Von 514 Studienteilnehmern haben 20 Patienten während der Erhebung in der Klinik ihre Teilnahme nachträglich verweigert. Somit kann zu t₁ auf eine Analytestichprobe von n=494 zurückgegriffen werden. Den Fragebogen nach der Rehabilitationsmaßnahme haben 420 Patienten eingeschickt. Der Rücklauf zu t₂ beläuft sich also auf 85,0%, was als sehr positiv

beurteilt werden kann. Nach ersten Schätzungen bei der Studienplanung wurde mit einem Rücklauf von 75,0% gerechnet. Auf die postalische Nachbefragung zu t_3 , also ein halbes Jahr nach der Maßnahme, antworteten noch 373 Patienten (Rücklaufquote: 76%) und zu t_4 konnte auf 314 vollständige Datensätze zurückgegriffen werden (Rücklaufquote: 64%, vgl. Tab. 5-3).

Tab. 5-3: Rücklaufquoten für die katamnesticen Befragungen zu t_3 und t_4

Rücklaufquoten	K		U		Gesamt	
	t_3	t_4	t_3	t_4	t_3	t_4
MBO⁺	73,5	54,0	69,7	59,6	71,6	56,8
MBO⁻	75,2	66,7	83,2	72,3	78,7	69,1
Gesamt	74,4	61,3	76,8	66,2	75,5	63,6

Die Rücklaufquoten in Abhängigkeit von den einzelnen Vergleichsgruppen sind detailliert in Tab. 5-3 wiedergegeben. Demnach zeigt die Gruppe U⁻ die höchste Teilnahmebereitschaft. Sowohl zu t_3 als auch zu t_4 besitzt diese Gruppe die höchsten Rücklaufquoten (83,2% bzw. 72,3%). Die niedrigste Teilnahmebereitschaft legt dagegen die Gruppe K⁺ an den Tag. Das verdeutlicht auch den allgemeinen Trend: Die Gruppen, die an der speziellen MBO-Rehabilitation der Klinik teilnahmen, waren eher bereit, die Studie langfristig als Teilnehmer zu unterstützen, wohingegen die Patienten, welche die herkömmliche Behandlung erhielten, eine geringere Teilnahmebereitschaft zeigten. Dagegen konnten keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Zuteilung zu den Randomisierungsgruppen festgestellt werden. Das bedeutet, als erstes Zwischenfazit, dass die Rücklaufquote zwar von der berufsbezogenen Bedarfslage, nicht jedoch von der Teilnahme an den zwei zu vergleichenden Behandlungen abhängen.

Allerdings wird ersichtlich, dass nach einem Jahr nur noch knapp 65% der ursprünglich 494 Patienten in die Studie integriert sind. Es ist nun von Interesse, welche Parameter die Teilnahmebereitschaft beeinflussen haben. Aus vielen anderen Erhebungen in den Rehabilitationswissenschaften ist bekannt, dass insbesondere allgemeine Parameter wie Alter, Geschlecht oder soziale Herkunft eine Beziehung zur Teilnahmebereitschaft an wissenschaftlichen Untersuchungen besitzen, des Weiteren jedoch auch die jeweilige bedarfsbezogene Ausgangslage darüber entscheidet, wer weiter teilnimmt und wer aus der Studie aussteigt.

In Tab. 5-4 sind die Teilnehmer und Aussteiger auf Unterschiede in ausgewählten zentralen Parametern geprüft worden. Es bestätigen sich die Vermutungen weitgehend: Die Patienten, die auch ein Jahr nach der Maßnahme noch an der Befragung teilnehmen, sind älter, eher erwerbstätig und häufiger bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik arbeitsfähig gewesen. Außerdem weisen diese Patienten in fast allen aktivitäts- und teilhabebezogenen Variablen signifikant bessere Ausgangsbedingungen auf. Das bedeutet umgekehrt, dass Aussteiger als Patienten charakterisiert werden können, die einen schlechten gesundheitlichen Ausgangsstatus aufweisen, zu Beginn der Maßnahme weitaus häufiger arbeitslos waren, dementsprechend ihre berufliche Zukunft eher negativ beschreiben und meinen, am Arbeitsplatz physisch stärker belastet zu sein. Man kann die Vermutung äußern, dass es sich um die Patienten handelt, die sich nach Ende der Rehabilitation enttäuscht von der Behandlung zeigten,

weil sie mit größeren Erwartungen bezüglich einer Besserung ihrer individuellen Situation die Rehabilitation antraten.

Entsprechend lässt sich für die Ergebnismessung vermuten, dass die Effekte der Behandlung insgesamt als überschätzt gelten können. Mit einer solchen Positivselektion haben viele Studien zu kämpfen. Aus diesem Grund sollte die Höhe der erkannten Effekte nicht überbewertet werden.

Tab. 5-4: Dropout-Analyse der Stichprobe, ausgewählte Parameter, alle Aussteiger bis t_4

	Teilnehmer (N=314)	Aussteiger (N=180)	
Alter (in Jahren)	47,8	43,0	*
Geschlecht– Männlich (%)	75,8	71,1	
Diagnosen, ICD-10: M40-M54 (%)	82,9	81,1	
Erwerbsstatus:– arbeitslos (%)	8,5	20,5	*
AU bei Aufnahme	40,3	55,7	*
<i>Funktionale Gesundheit</i>			
VAS-EQOL	53,2	46,4	*
Schmerzen (NRS)	6,7	7,1	*
Körperliche Summenskala	31,7	30,5	
Psychische Summenskala	45,5	42,7	*
Pain Disability Index	30,1	35,7	*
Berufliche Zukunft: weiterhin auf Arbeitsplatz arbeiten (%)	55,0	40,1	*
Physische Belastungen	3,6	3,9	*

Anmerkungen: wenn nicht anders angegeben ist der Mittelwert ausgewiesen

* → $p < .05$ (F-Test bei Mittelwertvergleichen, χ^2 -Test bei Anteilswerten)

Jedoch interessiert viel stärker, inwiefern die spezifischen MBO-Effekte im Vergleich der Treatment- und Kontrollgruppen durch die spezifischen Bedarfslagen der Aussteiger beeinflusst ist. Dies ist im Allgemeinen schwierig zu überprüfen. Es ist nämlich nicht klar, wie sich die Aussteiger verhalten würden, wenn sie teilgenommen hätten. Wir können also nicht die Effekte von Teilnehmern und Aussteigern überprüfen, um zu erfahren, inwiefern durch das Fehlen der Aussteiger die MBO-Effekte über- oder unterschätzt werden. Jedoch lässt sich relativ plausibel klären, ob Verzerrungen der Erfolgsschätzungen zu erwarten sind. Dazu werden zwei Schritte durchgeführt. In einem ersten Schritt werden in den jeweiligen Gruppen separate Aussteigerkontrollen durchgeführt, um zu klären, in welchen Parametern sich Teilnehmer und Aussteiger innerhalb der Vergleichsgruppen unterscheiden. Gibt es Unterschiede zwischen den Treatment- und Kontrollgruppen bezüglich der Charakteristik der Aussteiger, so ist in einem zweiten Schritt zu klären, ob sich die verbleibenden Teilnehmer zu t_4 in diesen Parametern dann unterscheiden.

Tab. 5-5: Dropout der MBO⁺-Gruppen im Vergleich, ausgewählte Parameter, alle Aussteiger bis t₄

	K ⁺ (N=113)			U ⁺ (N=109)		
	Teilnehmer	Aussteiger		Teilnehmer	Aussteiger	
Alter (in Jahren)	45,0	41,5	*	46,5	41,5	*
Geschlecht– Männlich (%)	82,0	69,2		84,6	79,6	
Diagnosen, ICD-10: M40-M54 (%)	94,4	81,8		70,5	71,8	
Erwerbsstatus:– arbeitslos (%)	19,6	40,0	*	8,6	22,5	*
Funktionale Gesundheit						
VAS-EQOL	49,9	43,5		47,7	39,4	*
Schmerzen (NRS)	6,9	7,3		7,3	7,5	
Körperliche Summenskala	28,8	28,2		29,5	28,9	
Psychische Summenskala	42,2	43,8		43,2	40,3	
Pain Disability Index	33,2	37,7		37,5	41,6	

Anmerkungen: wenn nicht anders angegeben ist der Mittelwert ausgewiesen

* → p<.05 (F-Test bei Mittelwertvergleichen, Chi²-Test bei Anteilswerten)

Tab. 5-6: Dropout der MBO⁻-Gruppen im Vergleich, ausgewählte Parameter

	K ⁻ (N=153)			U ⁻ (N=119)		
	Teilnehmer	Aussteiger		Teilnehmer	Aussteiger	
Alter (in Jahren)	49,1	44,4	*	49,0	45,0	*
Geschlecht– Männlich (%)	67,7	68,6		74,4	66,7	
Diagnosen, ICD-10: M40-M54 (%)	83,0	81,8		84,4	92,3	
Erwerbsstatus:– arbeitslos (%)	4,0	6,8		6,1	9,4	
Funktionale Gesundheit						
VAS-EQOL	56,9	49,7	*	55,2	54,7	
Schmerzen (NRS)	6,3	6,7		6,5	7,1	
Körperliche Summenskala	33,9	32,8		32,9	33,6	
Psychische Summenskala	47,0	43,9		47,6	42,6	
Pain Disability Index	26,9	29,9		26,2	33,5	*
Berufliche Zukunft: weiterhin auf Arbeitsplatz arbeiten (%)	69,3	60,0		48,5	58,8	
Physische Belastungen	3,1	3,6		3,8	3,9	

Anmerkungen: wenn nicht anders angegeben ist der Mittelwert ausgewiesen

* → p<.05 (F-Test bei Mittelwertvergleichen, Chi²-Test bei Anteilswerten)

Die beiden abgebildeten Tabellen (Tab. 5-5 und Tab. 5-6) stellen einen solchen Vergleich separat in Abhängigkeit vom jeweils diagnostizierten beruflichen Bedarf dar. Es werden die-

selben Parameter getestet, allerdings interessieren im Vergleich der beiden MBO⁻-Gruppen zusätzlich die beiden Variablen, in denen sich die Gruppen unterscheiden. Dies sind die Einschätzungen der eigenen beruflichen Zukunft und die Anzahl der am Arbeitsplatz vorherrschenden physischen Belastungsfaktoren. Die Variablen, in denen sich die MBO⁺-Gruppen unterscheiden, sind in der allgemeinen Auflistung sowieso integriert (Aufnahmediagnose und Erwerbsstatus).

Sowohl der Vergleich der beiden MBO⁻- wie auch der MBO⁺-Gruppen zeigt ähnliche strukturelle Unterschiede zwischen den Teilnehmern und den Aussteigern zu t₄. Unterschiede werden im aktuellen Gesundheitszustand, operationalisiert durch den EuroQol, und – im Falle der MBO⁻-Vergleichsgruppen – in der PDI-Summenskala gemessen. Das bedeutet, im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die gruppenbezogenen Teilstichproben sich zu t₄ nur in den Skalen des EuroQol und des PDI unterscheiden könnten, weil hier Unterschiede zwischen Teilnehmern und Aussteigern gefunden wurden. Ein Vergleich der t₄-Teilstichproben auf Unterschiede in diesen Parametern zeigt jedoch, dass dies nicht der Fall ist. Demnach sind signifikante Unterschiede der jeweiligen Treatment- und Kontrollgruppen einzig in den Parametern Erwerbsstatus und Aufnahmediagnose für die MBO⁺-Patienten sowie Einschätzung der beruflichen Zukunft und Anzahl physischer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz bei den MBO⁻-Patienten vorhanden. Durch den studienbedingten Dropout können jedoch keine plausiblen Effekte auf die Erfolgsmessung der MBO-Behandlung gefunden werden.

5.4 Analysen zur Reichweite der Ergebnisse

Vergleiche zu vorliegenden Gesamtstatistiken können nur in Abhängigkeit vom Kostenträger durchgeführt werden. Um somit Aussagen auf einer allgemeineren Ebene (außerhalb des Klinikkontextes) machen zu können, also Verzerrungen in der Studienpopulation durch eine systematische Zuweisung vom Kostenträger auszuschließen, wird an dieser Stelle ein Altersvergleich, Geschlechtsvergleich und ein Vergleich der Diagnosen mit vorliegenden Verteilungen der Gesamtpopulation der MSK-Patienten der LVA Westfalen vorgenommen (vgl. Abb. 5-1 bis Abb. 5-3, Daten aus Datenbestand der LVA Westfalen 2000). In der MBO-Stichprobe sind v.a. die 35-54jährigen Rehabilitanden überproportional häufig vertreten, wogegen ältere Patienten (v.a. 55-59jährige) einen weitaus geringeren Anteil aufweisen. Dies könnte darauf hinweisen, dass aufgrund der speziellen beruflich orientierten Elemente im medizinischen Rehabilitationskontext der Klinik verstärkt Jüngere mit stärkeren beruflichen Problemen zugewiesen werden. Es ist also durchaus ein Zuweisungs-Bias in der Hinsicht zu vermuten, dass das Konzept der beruflichen Orientierung in der Klinik dazu führt, v.a. jüngere Versicherte dieser Klinik zuzuführen, da mehr Hoffnung besteht, diese durch die Anwendung der beruflich orientierten Elemente der Behandlung schneller und besser wieder in das Arbeitsleben (zurück-)zuführen. Etwaige Allgemeinaussagen der Studie sollten diesen Umstand berücksichtigen.

Weitere Unterschiede im Geschlechtervergleich und auch bei den Einweisungsdiagnosen liegen nicht vor, wenn man von einer etwas niedrigeren Zuweisung von Patienten mit Arthropathien absieht.

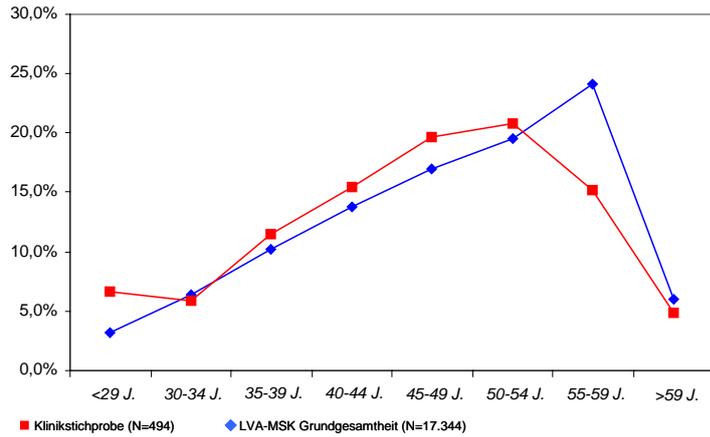


Abb. 5-1: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Alter

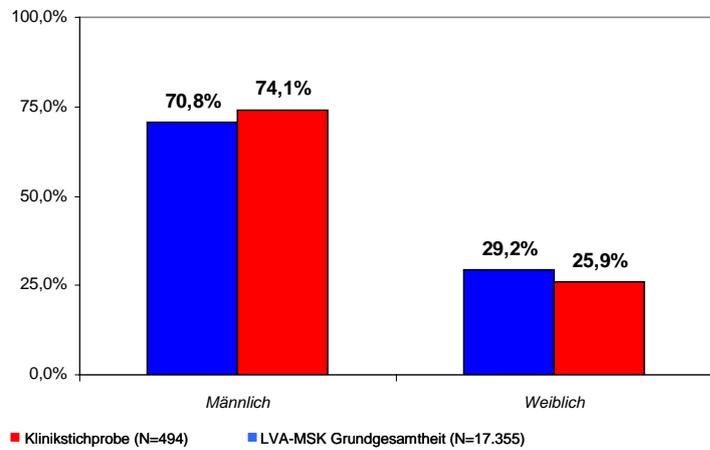


Abb. 5-2: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Geschlecht

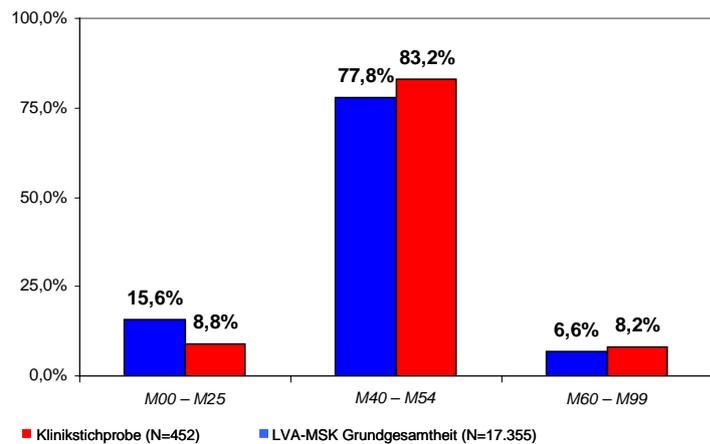


Abb. 5-3: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Diagnosen

6 Bedarfscharakteristika der MBO-Gruppen

Im Folgenden wird zur Analyse von Unterschieden im Ausgangsstatus ein Vergleich der beiden MBO⁺-Gruppen mit den jeweiligen Pendants (MBO⁻) vorgenommen. Auf diese Weise kann der Frage nachgegangen werden, inwiefern die definierten MBO-Kriterien der Klinik in der Lage sind, spezifische Problemlagen darzustellen.

Die Bedarfscharakteristika der MBO-Gruppen werden im folgenden Kapitel in Abhängigkeit vom aufgezeigten Arbeitsmodell dargestellt. Den ersten Abschnitt (5.1) bilden die Beeinträchtigungen auf der Aktivitäts- und Teilhabeebene. Diese zentrale Dimension der ICF sollte, so die theoretischen Vorannahmen, die größten Erklärungspotenziale für die Bedarfsgruppendifferenzierung aufweisen. Aktivitätseinschränkungen und Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Arbeitsleben werden deshalb in einem Abschnitt behandelt, weil viele empirische Instrumente keine Differenzierung zwischen der Aktivitäts- und der Teilhabeebene vornehmen. Jedoch soll der Versuch unternommen werden, hier aufgrund der zu erwartenden unterschiedlichen Ergebnisse, eine Trennung vorzunehmen. Damit soll ein Beitrag zu den Erklärungspotenzialen von aktivitäts- und teilhabeorientierten Instrumenten in Bezug auf die Bestimmung des Bedarfs beruflichen Partizipationsmanagements in der orthopädischen Rehabilitation geleistet werden.

Danach (Kapitel 5.2) wird der kontextuelle Bereich untersucht, wobei hier – abweichend von der ICF-Klassifikation – der berufliche Kontext in den Vordergrund gestellt wird. Dies resultiert aus der begründeten Vermutung, dass der MBO-Bedarf, also der qualitative Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen MBO⁺ und MBO⁻, auch oder gerade auf der Ebene der beruflichen Anforderungen identifiziert werden kann. Den nächsten Abschnitt (5.3) bilden dann Instrumente, die auf Schädigungen der Körperstruktur bzw. funktionelle körperliche Beeinträchtigungen hindeuten.

6.1 Beeinträchtigung der Aktivität und der Partizipation

Die hier zentral interessierende Kategorie ist die der Aktivitäten und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, speziell dem Beruf. Dazu wurden eine ganze Reihe von Instrumenten erhoben, die sich zum größten Teil auf die Selbstaussagen der Patienten stützen. Durch die Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form der Subskalen des SF-36, schmerzbezogene Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Pain Disability Index, PDI) und verschiedene Instrumente zum Verhältnis von Arbeit und Gesundheit soll die Hypothese überprüft werden, inwiefern die Patienten mit einem von der Klinik diagnostizierten MBO-Bedarf tatsächlich Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen aufweisen und auf welcher Ebene sich diese offenbaren.

Über diese Selbsteinschätzungen hinaus kommen institutionelle Daten wie die Häufigkeit und Zeiten der Krankschreibungen und der Erwerbsstatus zum Einsatz. Diese Daten spiegeln direkt Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Arbeitsleben wider. Annahme hier ist, dass MBO⁺-Patienten sich sowohl durch höhere Anteile an Erwerbslosen als auch eine geringere Erwerbstätigkeit in Folge von AU-Zeiten auszeichnen.

Abb. 6-1 zeigt die mittleren Ausprägungen der Subskalen des SF-36. Diese messen sowohl auf der körperlichen Ebene die Fähigkeit, im Alltag den gestellten Anforderungen gerecht zu

werden (wie die Körperliche Rollenfunktion) als auch direkte Beeinträchtigungen auf der Aktivitätsebene (etwa Vitalität). Darüber hinaus unterscheidet der SF-36 stärker körperlich orientierte Skalen und eher psychische Skalen. Es wird deutlich, dass die Bedarfsgruppen sich v.a. auf der Ebene der körperlichen Beeinträchtigungen unterscheiden. Die Unterschiede in Bezug auf die psychisch orientierten Skalen sind sehr gering, auf der Skala der Vitalität gar nicht mehr signifikant. Scheinbar, und das zeigen die Daten eindrucksvoll, liegen die erklärenden Bedarfscharakteristika der klinikeigenen Differenzierung auf der funktionalen Ebene.

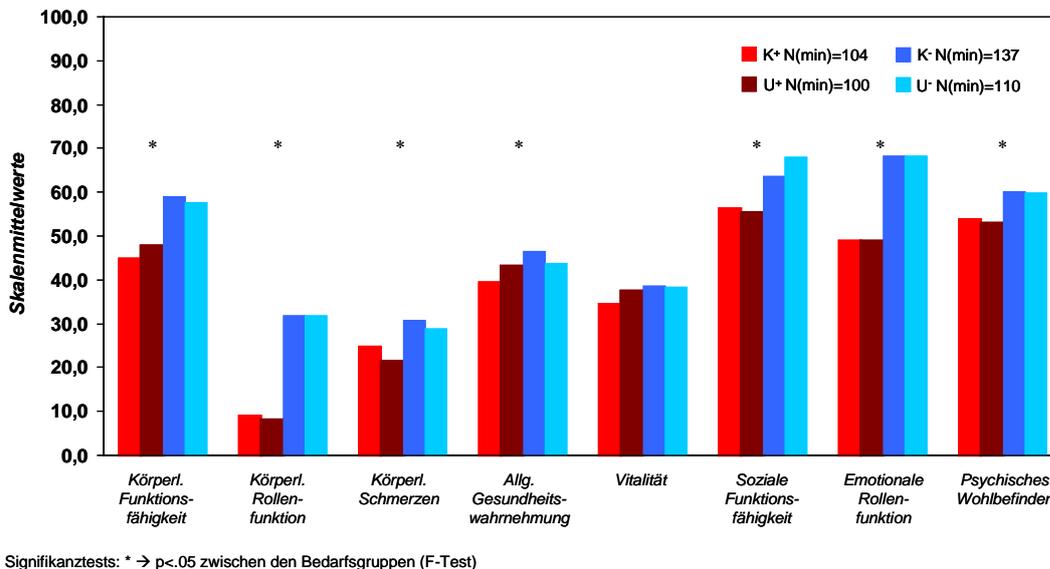


Abb. 6-1: SF-36: Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (100=hohe Lebensqualität)

Jedoch wird auch deutlich, dass – wenn man hypothetisch eine Differenzierung der Subskalen in eher aktivitätsorientierte Skalen und Skalen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vornimmt – die Erklärungspotenziale zwischen den Bedarfsgruppen auf den Skalen entfaltet werden, die sich mit der Ausfüllung einer sozialen Rolle und deren Profilanforderungen beschäftigt. So werden die größten Unterschiede in den Skalen Körperliche Rollenfunktion, Soziale Funktionsfähigkeit und Emotionale Rollenfunktion berichtet. Die einzige aktivitätsorientierte Skala, die einen größeren Beitrag zur Erklärung der Gruppenunterschiede leistet, ist die Skala Körperliche Funktionsfähigkeit.

Es lässt sich also feststellen, dass die eigentlichen Unterschiede durch den SF-36 auf den teilhabeorientierten Skalen zu finden sind, jedoch eindeutig körperlich orientierte Skalen ebenfalls einen Erklärungsbeitrag leisten. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass psychisch orientierte Skalen, die sich nicht mit der Erfüllung bestimmter Rollenfunktionen beschäftigt, keinen Beitrag zur Definition von MBO-Bedürftigkeit besitzen.

Der Pain Disability Index (PDI, Abb. 6-2) greift die Problematik sehr gut auf. Die einzelnen Skalen messen die schmerzbezogene Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen, man kann also von teilhabeorientierten Messinstrumenten sprechen. Der Unterschied zum SF-36 ist prinzipiell darin zu sehen, dass der PDI eine direkte Einschätzung des Patienten fordert, während der SF-36 aus verschiedenen Einzelaussagen Skalen generiert, die ein gewisses Konstrukt innerhalb der gesundheitsbezogenen Lebensqualität messen.

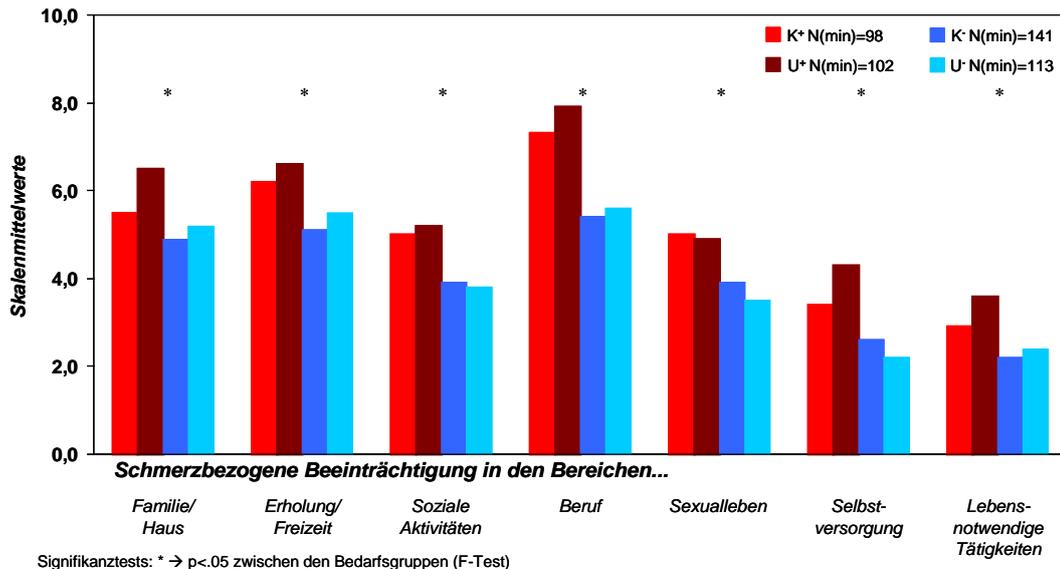


Abb. 6-2: Pain Disability Index (PDI): Skalen der schmerzbezogenen Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (10=größte schmerzbezogene Beeinträchtigung)

Die Skalen des PDI zeigen auf den ersten Blick größere Beeinträchtigungseinschätzungen bei den Patienten. Besonders deutlich wird dies in den Bereichen Beruf, Familie/Haus und Erholung/Freizeit. Die größten Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind – erwarteterweise – im Bereich Beruf sowie bei der Selbstversorgung und den lebensnotwendigen Tätigkeiten messbar, wobei die beiden letzteren Skalen insgesamt ein relativ niedriges Beeinträchtigungsniveau aufweisen. Es wird deutlich, dass die betrachtete Stichprobe insgesamt die größten gesundheitsbedingten Probleme im Berufsleben besitzt, was natürlich grundlegende Voraussetzung für die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist.

Abgesehen von dem absoluten Niveau kann konstatiert werden, dass das Instrument die Bedarfsgruppen sehr gut trennt, demzufolge die oben genannte These der stärkeren Fokussierung der MBO-Bedürftigkeit auf den Bereich der Teilhabe stützt.

Im Folgenden wird es darum gehen, die Daten und Erkenntnisse aus den vorhergegangenen Analysen der Selbsteinschätzungen der Patienten anhand „harter“ oder manifester Parameter – Erwerbsstatus und Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit – zu erhärten oder eben wieder in Frage zu stellen. Jedoch muss vorab darauf hingewiesen werden, dass durch die institutionelle Definition der Kriterien zur Teilnahme am MBO-Modell der Klinik sowohl der Erwerbsstatus in Form der Arbeitslosigkeit als auch die Krankschreibungszeiten eine Rolle spielen, demzufolge also die Ergebnisse vorhandener Entscheidungsprozesse widerspiegeln.

Der Erwerbsstatus zeigt dementsprechend die erwarteten Ergebnisse. Mit 80% ist die Mehrzahl der MBO-Patienten in Vollzeit erwerbstätig, weitere 13% besitzen eine Teilzeitstelle. Nur etwa 7% dieser Gruppe gehen zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik keiner bezahlten Tätigkeit nach, sind also entweder arbeitslos oder Rentner bzw. Hausfrau. In der MBO⁺-Gruppe dagegen sind nur 60% bzw. 70% der Patienten in Vollzeit beschäftigt.

Tab. 6-1: Erwerbsstatus vor Beginn der Maßnahme

Erwerbsstatus	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Vollzeit	61	59,2	73	72,3	118	80,8	91	79,1	343	73,8
Teilzeit	11	10,7	11	10,9	19	13,0	15	13,0	56	12,0
Arbeitslos	29	28,2	14	13,9	7	4,8	8	7,0	58	12,5
Rentner/Hausfrau	2	1,9	3	3,0	2	1,4	1	0,9	8	1,7

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=26.398$, $p<.05$,

Die Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme in die Klinik ist nicht direkt ein entscheidendes Kriterium zur Teilnahme am MBO-Modell der Klinik, jedoch zeigen sich hier sehr klare Unterschiede. 80 bis 85% der MBO⁺-Patienten wurden als arbeitsunfähig eingestuft bzw. kamen arbeitsunfähig in die Klinik, während in der Gruppe ohne einen angenommenen MBO-Bedarf 13% bzw. 18% als nicht arbeitsfähig galten. Dies deutet unter Umständen die Dringlichkeit der Behandlung in der MBO⁺-Gruppe an. Allerdings scheint es eine geringere Rolle zu spielen, weil lange diese Arbeitsunfähigkeit schon andauert, denn hier zeigen die Bedarfsgruppen keinen signifikanten Unterschied. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass MBO⁺-Patienten vor der Aufnahme in die Klinik durchschnittlich viereinhalb Wochen länger in der Arbeitsunfähigkeit verweilen, jedoch kann aufgrund der großen Heterogenität der Angaben kein Hinweis darauf gefunden werden, dass dieser Unterschied nicht zufällig zustande gekommen ist. Es ist also für den angenommenen MBO-Bedarf eher entscheidend, dass jemand als arbeitsunfähig in die Klinik kommt, nicht jedoch *wie lange* er schon arbeitsunfähig ist.

Tab. 6-2: Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Zeitraum der Krankschreibung vor der Maßnahme

Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
AU bei Aufnahme	85	78,7	93	87,9	27	18,2	15	12,9	220	45,9
Wenn Arbeitsunfähig bei Aufnahme, wie lange schon? (N / aM)										
AU-Zeiten (Wochen)	66	22,7	72	21,4	18	16,8	12	17,8	168	21,1

AU bei Aufnahme: zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=213.437$, $p<.05$

AU-Zeiten vor der Aufnahme: zwischen den Bedarfsgruppen: *n.s.*

Die Tab. 6-3 ist den Informationen aus dem Entlassungsbericht entnommen und stellt die AU-Zeiten der letzten 12 Monate vor der Maßnahme dar. Überprüft werden soll, ob die Länge der AU-Zeiten insgesamt gesehen eine geringere Rolle für den MBO-Bedarf spielt oder ob sich dies nur auf den akuten Fall der Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme in die Klinik be-

schränkt. Tatsächlich wird jedoch hier ein verändertes Bild dargestellt. Es gibt etwa gleich hohe Anteile an Patienten in den Bedarfsgruppen, die keine AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten zu verzeichnen hatten (25%). Nur die MBO⁻-Gruppe, die keine MBO-Behandlung erhalten hat, sticht hier mit 32% heraus, was jedoch im Vergleich zu ihrem Pendant (MBO⁻, mit Behandlung) nicht signifikant ist. Die Existenz eines AU-Falles im letzten Jahr vor der Maßnahme ist also kein entscheidender Beitrag bei der Erklärung der Unterschiede zwischen MBO⁺ und MBO⁻. Jedoch zeigt hier die Länge der AU-Zeit, allerdings kategorial dargestellt, einen Einfluss auf die Gruppenverteilung. MBO⁺-Patienten sind mit rund 65% mehr als sechs Wochen im letzten Jahr krankgeschrieben gewesen, während für die Vergleichsgruppe dies nur zu 26 bzw. 34% berichtet wird.

Tab. 6-3: Arbeitsunfähigkeitszeiten im letzten Jahr vor der Maßnahme

AU-Zeiten im letzten Jahr	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Keine AU-Zeiten	26	24,8	24	24,7	48	32,4	26	24,1	124	27,1
Bis 6 Wochen	10	9,5	11	11,3	61	41,2	45	41,7	127	27,7
Mehr als 6 Wochen	69	65,7	62	63,9	39	26,4	37	34,3	207	45,2

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=70.765$, $p<.05$

Rückgreifend auf die These von Ereignis und Länge der Arbeitsunfähigkeit kann also konstatiert werden: Der Fakt der Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme in die Klinik und die Länge der Krankenschreibungen im Jahr vor der Rehabilitation insgesamt sind Indikatoren für einen angenommenen MBO-Bedarf. Es ist jedoch nicht entscheidend, wie lange jemand schon krankgeschrieben war, so er arbeitsunfähig in die Klinik kommt bzw. ob insgesamt im letzten Jahr vor der Maßnahme AU-Zeiten berichtet werden.

Den dritten Analyseteil dieses Abschnitts bildet die intensive Auseinandersetzung mit dem Verhältnis Beruf und Gesundheit. Es können prinzipiell zwei verschiedene Kausalzusammenhänge angenommen werden: Erstens beeinflusst die Einschränkung im Gesundheitszustand die Ausübung des Berufs (gesundheitsbedingte Berufseinschränkung) und zweitens können berufliche Belastungen zu gesundheitlichen Problemen führen (berufsbezogene Beanspruchung).

Tab. 6-4 beschäftigt sich mit dem ersten Zusammenhang, also dem Einfluss der Gesundheit auf den Beruf. Bei der Betrachtung der Items oder Statements fällt auf, dass diese eine unterschiedliche Schwere dieses Einflusses proklamieren. Es gibt Items zu leichten Beeinflussungen („nur noch mit Pausen arbeiten“, „nur noch mit Hilfsmitteln arbeiten“), mittlere Beeinflussungen („nicht mehr Vollzeit arbeiten“) und starke Problematiken durch die Gesundheit („nicht mehr im Beruf arbeiten“, „nur noch in spezieller Umgebung arbeiten“). Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen bewegen sich auf den Ebenen des mittleren und starken Einflusses. Dies deutet darauf hin, dass in der Stichprobe insgesamt – wenn überhaupt vorhanden – von einem leichten Einfluss der gesundheitlichen Einschränkung auf den Beruf gesprochen werden kann, wobei sich die MBO⁺-Gruppe davon absetzt, weil sie die höchsten Nennungen bei den Statements „nicht mehr im Beruf arbeiten“ und „nicht mehr

Vollzeit arbeiten“ besitzt. Nur 13% bzw. 18% meinen hier keine gesundheitsbedingten Einschränkungen zu haben. Bei diesen Patienten kann wohl weniger von einer geringen Gesundheitseinschränkung denn von einem Beruf mit geringerem Anforderungsniveau gesprochen werden. Jedoch sollte diese These durch die Analyse des beruflichen Kontextes näher untersucht werden. In der MBO⁻-Gruppe nennt jeder zweite keinen Einfluss der Gesundheit auf den Beruf. Wenn diese Gruppe einen Einfluss proklamiert, dann einen leichten („nur noch mit Pausen arbeiten“).

Tab. 6-4: Statements zum Einfluss der Gesundheit auf die Ausübung des Berufs (Mehrfachnennungen möglich)

Wegen gesundheitlicher Probleme...	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
...nicht mehr im Beruf arbeiten*	51	54,8	43	47,8	33	25,4	11	10,3	138	32,9
...nicht mehr Vollzeit arbeiten*	34	36,6	35	38,9	21	16,2	25	23,4	115	27,4
...nur noch mit Pausen arbeiten	34	36,6	28	31,1	31	23,8	40	37,4	133	31,7
...nur noch mit Hilfsmitteln arbeiten	10	10,8	13	14,4	14	10,8	10	9,3	47	11,2
...nur noch in spezieller Umgebung arbeiten	4	4,3	2	2,2	3	2,3	6	5,6	15	3,6
Anzahl der Nennungen (N / aM)*										
	93	1,43	90	1,34	130	0,78	107	0,86	420	1,07
Ich habe keine derartigen Einschränkungen (N / %)*										
	17	18,3	12	13,3	61	46,9	45	42,1	135	32,1

* → zwischen den Bedarfsgruppen $p < .05$

Bei der Beschreibung des Einflusses verwenden die Patienten mit einem angenommenen MBO-Bedarf im Schnitt mehr Items (1,4) als die MBO⁻-Gruppe (0,8). Dies könnte zusätzlich als Indikator für die Schwere des Einflusses angesehen werden.

Im Folgenden soll die Analyse durch das Globalmaß zur längerfristigen gesundheitsbedingten Einschränkung im Berufsleben überprüft werden. Dieses Maß stellt drei Kategorien zur Disposition: keine Einschränkung, leichte Einschränkung und starke Einschränkung. Der Unterschied zwischen MBO⁺- und MBO⁻-Patienten bewegt sich auf genau der Ebene leichte versus starke Einschränkung. Dies spricht für die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Statements.

Das bedeutet: MBO⁺-Patienten sehen einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Beruf in dem Sinne, dass die Einschränkungen in der funktionalen Gesundheit sehr starke negative Auswirkungen auf die Ausübung ihres Berufs haben. Dies wird als so schwerwie-

gend eingeschätzt, dass die Hälfte der Meinung ist, ihren angestammten Beruf nicht mehr ausüben zu können.

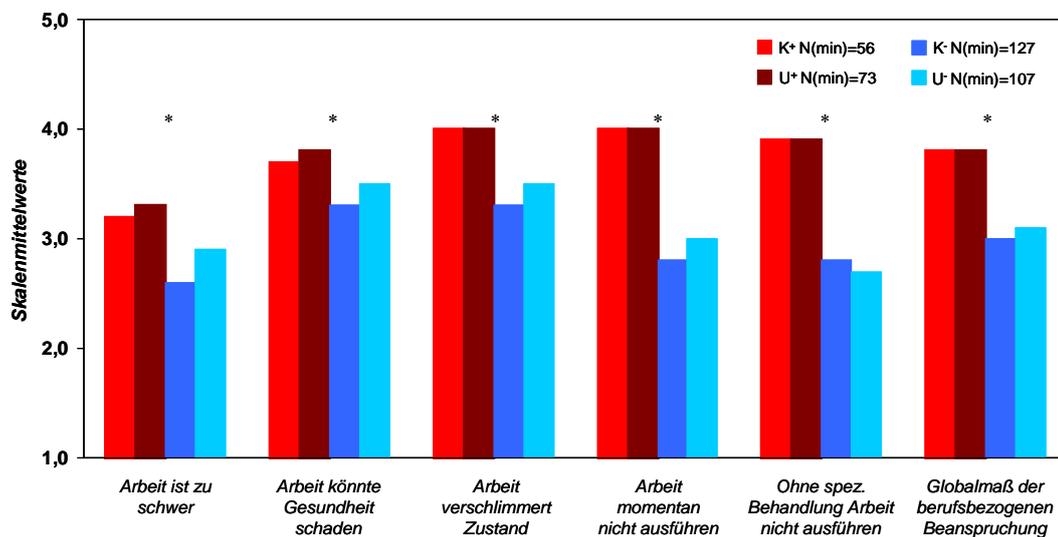
MBO⁻-Patienten dagegen sagen nur zu etwa 50%, dass sie negativ in ihren beruflichen Ausübungen durch die Gesundheitseinschränkung gestört sind. Wenn dies der Fall ist, dann nur leicht, indem mehr Pausen eingelegt werden müssen.

Tab. 6-5: Globalmaß zum Einfluss der Gesundheit auf die Ausübung des Berufs: Aussagen zur längerfristigen Einschränkung im Berufsleben durch den Gesundheitszustand

Längerfristige Einschränkung im Beruf	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									
Nicht eingeschränkt	5	4,9	1	1,0	8	5,5	6	5,2	20	4,3
Etwas	35	34,0	39	38,6	82	56,6	69	59,5	225	48,4
Stark eingeschränkt	63	61,2	61	60,4	55	37,9	41	35,3	220	47,3

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=26.526$, $p<.05$

Interessant ist in dem Zusammenhang noch der Fakt, dass es in beiden Bedarfsgruppen scheinbar einen Anteil von 5% der Patienten gibt, die einen starken Einfluss angeben, indem sie meinen, nur noch in einer speziellen Umgebung arbeiten zu können. Dies spricht dafür, dass der MBO-Bedarf keine lineare Beziehung zur gesundheitsbedingten Einschränkung im Beruf hat, sondern sich als „rechtsschiefe Glockenkurve“ darstellt, ein (größerer) Teil also keinen Bedarf hat, weil ein zu geringer negativer Einfluss vorherrscht und ein (kleiner) Teil einen zu starken Einfluss proklamiert. Die folgende Analyse der berufsbezogenen Beanspruchung kann unter Umständen für diese These noch weitere Erkenntnisse liefern.



Signifikanztests: * → $p<.05$ zwischen den Bedarfsgruppen (F-Test)

Abb. 6-3: Einfluss des Berufs auf die Gesundheit: Aussagen und Globalmaß zur berufsbezogenen Beanspruchung (5=trifft völlig zu)

In Abb. 6-3 ist der umgekehrte Fall dargestellt, nämlich der Einfluss des Berufs auf den Gesundheitszustand. Dazu wurden analog Statements vorgegeben, denen in diesem Fall je-

doch die Patienten mehr (trifft voll zu) oder weniger (trifft gar nicht zu) zustimmen konnten. Es sind die gruppenbezogenen Mittelwerte dargestellt. Die berufsbezogenen Beanspruchungen zeigen größere Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen als die vorhergehende Analyse des umgekehrten Zusammenhangs. Interessant ist hier der Aspekt, dass die MBO⁺-Patienten ihre problematische Situation aktuell stark mit der eigenen Arbeit in Verbindung bringen („Arbeit momentan nicht ausführen“, „ohne spezielle Behandlung Arbeit nicht ausführen“), jedoch ein geringerer Unterschied bei den eher allgemeinen Statements aufgezeigt ist („Arbeit ist zu schwer“, „Arbeit könnte Gesundheit schaden“). Beide Gruppen stimmen dem zwar tendenziell zu, jedoch ist die Zustimmung in der gesamten Stichprobe vorhanden und kein Merkmal für den MBO-Bedarf. Dafür ist eher konstitutiv, dass zum derzeitigen Zeitpunkt die Arbeit ein problematischer Faktor im Leben ist.

Man könnte also, um die beiden unterschiedlichen Richtungen des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit synoptisch zu betrachten, davon ausgehen, dass MBO-Bedarf sich dadurch äußert, dass die Gesundheit auf längere Sicht die Ausübung des Berufs unmöglich macht, in der Arbeit selbst jedoch kein übermäßig größerer Grund für die gesundheitliche Einschränkung gesehen wird, als dies allgemein in der Stichprobe der Fall ist.

Insgesamt lässt sich für den Bereich der Aktivitäten und Partizipation konstatieren:

Es zeigen sich große Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen. Insbesondere die Einschätzungen auf körperlich orientierten Skalen und Instrumenten, die sich stärker mit der Teilhabe in gesellschaftlichen Bereichen auseinandersetzen, lassen auf große Erklärungspotenziale schließen.

Sowohl Erwerbsstatus als auch Arbeitsunfähigkeit leisten ihren Beitrag zu näheren Beschreibung des MBO-Bedarfs. Zwar sind hier Artefakte aus der eigentlichen klinischen Definition der Gruppen zu finden, aber prinzipiell kann gesagt werden, dass MBO⁺-Patienten öfter arbeitslos sind, jedoch die Unterschiede bei Erwerbstätigkeit nur auf der Ebene der Vollzeitbeschäftigungen existieren. Sie sind darüber hinaus mit einem akuten Problem behaftet, was sie häufiger als arbeitsunfähig in die Klinik führt, unabhängig vom Zeitraum, in dem das akute Problem schon existiert. Sie besitzen – abschließend – insgesamt eine längere Arbeitsunfähigkeitsbiografie in den 12 Monaten vor der Maßnahme.

Der Einfluss der Gesundheit auf den Beruf wird von einem Großteil der Stichprobe als relativ eng angesehen. MBO⁺-Patienten leiden dabei sehr unter den gesundheitsbedingten Auswirkungen im Erwerbsleben, haben ein aktuelles Problem mit den Anforderungen im Berufsleben klarzukommen, bezeichnen jedoch nicht unbedingt stärker die Arbeit als den Grund für das Problem als die MBO⁻-Patienten dies tun.

6.2 Kontextfaktoren

Laut ICF ist das Konstrukt der funktionalen Gesundheit – dargestellt durch die Bereiche der Körperstrukturen und –funktionen sowie der Aktivitäten und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – eingebettet in ein psycho-soziales Konglomerat von Zuständen und Prozessen, die sich förderlich bzw. hinderlich auf dieselbe auswirken können. Dabei verwendet die Klassifikation den Begriff der Ressourcen für förderliche Parameter des Umfeldes, beispielsweise eine gesunde Lebensweise oder auch ein intaktes familiäres Gefüge, Barrieren dagegen für Verhaltensweisen, Bewertungen oder Zustände, die dem Gesundheitsniveau abträg-

lich sind. Diese Einflussfaktoren – Ressourcen wie auch Barrieren – werden unter dem Begriff des Kontextes subsummiert.

Dabei wird prinzipiell zwischen individuellem und umweltbezogenem Kontext unterschieden. Individueller Kontext beinhaltet die Bewertungen und Haltungen der Person inklusive dem konkreten gesundheitsbezogenen Verhalten. Die umweltbezogenen Parameter können beschrieben werden durch die allgemeinen gesellschaftlichen Vorstellungen und Definitionen, organisationale Regelungen und schließlich direkte soziale Umstände der Person.

Im folgenden Abschnitt sollen die Charakteristika dieser Kontextfaktoren in Bezug auf den angenommenen MBO-Bedarf der Stichprobe hin untersucht werden. Frage ist also, ob die MBO⁺-Patienten mit eigenen Spezifika des allgemeinen Kontextes konfrontiert sind und inwiefern diese hinsichtlich des Ressourcen- und Barrierebegriffs bewertet werden können. Als relevante Kategorie ist der berufliche Kontext aus dieser Differenzierung herausgestellt und wird als eigenständiger Einflusskomplex behandelt.

6.2.1 Beruflicher Kontext

Die folgenden empirischen Ergebnisse stellen die Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich des beruflichen Umfeldes dar. Dazu gehören die Angaben zu empfundenen Belastungen und Beanspruchungen genauso wie die Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Arbeit. Zusätzlich sollen so genannte „hard facts“, also Variablen des direkt objektiven Arbeitsumfeldes (wie Wirtschaftsbereich und Betriebsgröße) auf zusätzliche Erklärungspotenziale untersucht werden. Schließlich wird analysiert, inwiefern Merkmale der bisherigen beruflichen Biographie mit einer berufsbezogenen Problematik korrespondieren.

In Abb. 6-4 sind die wahrgenommenen Belastungen und Beanspruchungen aus dem Arbeitsumfeld und aus der Arbeit direkt dargestellt. Dabei wurde erfragt, ob ein Parameter als Belastung empfunden wird, sich also schädlich auf die Gesundheit auswirken könnte und ob daraufhin der bezeichnete Belastungsfaktor auch direkt zu Beanspruchungen und Gesundheitseinschränkungen führt.

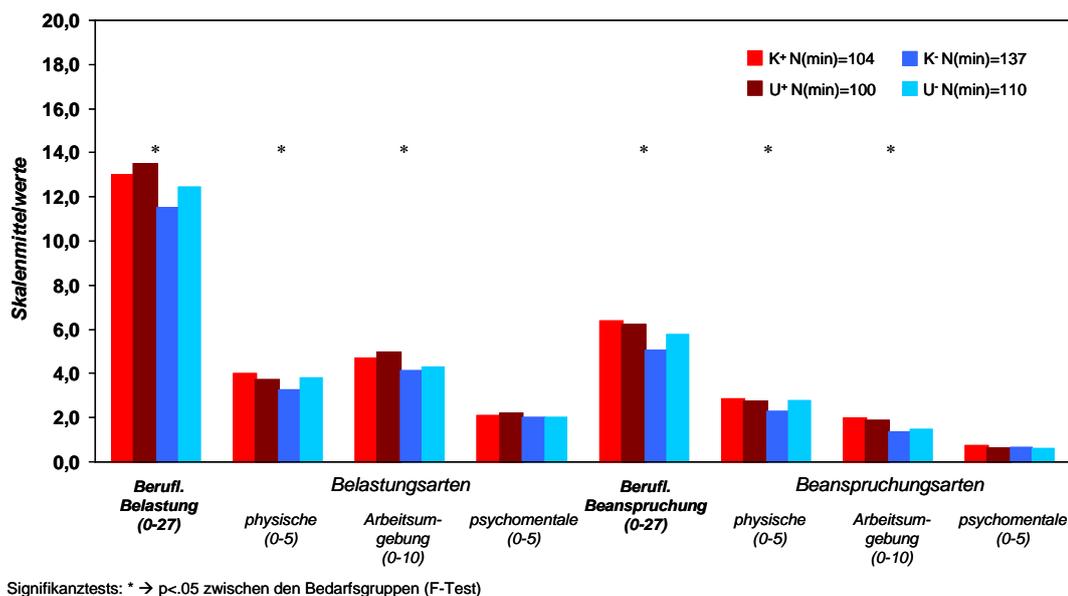


Abb. 6-4: Berufliche Belastungen und Beanspruchungen

Allgemein wird deutlich, dass die Patienten der Stichprobe bei 13 von 27 Merkmalen der Meinung sind, diese als Belastungsfaktor wahrzunehmen. Dabei kann nur bedingt von einer kumulativen Beziehung ausgegangen werden. Der Höchstwert von 27 Skalenswerten kann rein theoretisch schon erreicht werden, jedoch müsste eine Arbeit dann sowohl intensive physische als auch psychomentele Belastungsmomente aufweisen, ein hohes Verletzungsrisiko in sich bergen und zusätzlich eine belastende Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation besitzen. Dies ist in den seltensten Fällen gegeben, deshalb ist die summative Belastungsskala weiter spezifiziert worden zu den Bereichen „physische Belastungen“, „Belastungen aus der Arbeitsumgebung“, „Belastungen aus der Arbeitsorganisation“ und „psychomentele Belastungen“. Diese Teilskalen besitzen unterschiedlich große Spannweiten, welche jedoch in der Abbildung angegeben wurden. Nichts desto trotz kann an der Summenskala der relative Wert der Belastung im Vergleich zu anderen – mit vergleichbarem qualitativen Belastungsniveau ausgestatteten – Gruppen analysiert werden. So wird deutlich, dass MBO⁺-Patienten ein relativ höheres Belastungsniveau zu verzeichnen haben als Patienten ohne einen diagnostizierten MBO-Bedarf.

Auf den inhaltlichen Teilskalen zeichnet sich ab, dass in der LVA-Stichprobe erwartungsgemäß die körperlichen Belastungsmerkmale überwiegen. Knapp vier der fünf möglichen physischen Belastungsmerkmale wurden im Schnitt von den Patienten als solche empfunden. Dabei sind, zwar nur geringe, jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen zu finden. MBO⁺-Patienten zeigen mit 3,8 Skalenswerten ein höheres physisches Belastungsniveau als MBO⁻-Patienten mit 3,5 Skalenswerten. Auch die Belastungen aus der Arbeitsumgebung zeigen einen solchen Unterschied, allerdings auf – gemessen an der Obergrenze von 10 Skalenswerten – geringerem Niveau. MBO⁺-Patienten erreichen hier einen Wert von 4,8, MBO⁻-Patienten im Mittel 4,2 Skalenswerte. Die Skala der psychomentalen Belastung zeigt keine Unterschiede. Hier sind insgesamt sehr geringe Werte zu berichten.

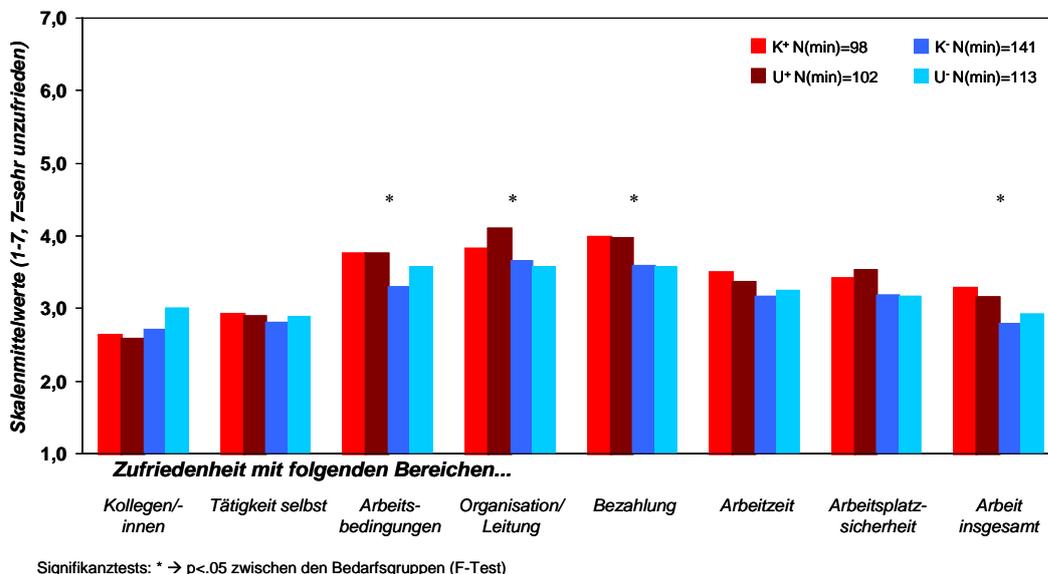


Abb. 6-5: Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Bereichen (ausgewählte Items)

Etwa jede zweite Belastung generiert aus Sicht der Patienten zur Beanspruchung. Dabei wird deutlich, dass insbesondere der physische Teil der Belastungsmerkmale sehr schnell und häufiger als andere Merkmale zur Beanspruchung wird. Im Durchschnitt werden 2,5

bzw. 2,8 Belastungsmerkmale von den Bedarfsgruppen genannt. Es zeigen sich die schon in den Belastungsskalen auffindbaren Unterschiede: MBO⁺-Patienten zeigen signifikant höhere Beanspruchungsniveaus bei der physischen Beanspruchung und der Beanspruchung aus der Arbeitsumgebung.

Insgesamt kann also von einem relativ ausgeprägten Belastungs- und Beanspruchungsniveau durch die Arbeit ausgegangen werden, wobei die körperlichen Belastungsmerkmale besonders hervorstechen. Hier ist auch der relevante Unterschied zwischen den Bedarfsgruppen zu suchen.

Neben der subjektiv empfundenen Belastung durch verschiedene Teilaspekte der Arbeit kann als wichtiges Merkmal des beruflichen Settings die Arbeitszufriedenheit gelten. Bei großer Unzufriedenheit mit der Arbeit sinkt nicht nur die Produktivität derselben, Belastungen finden auch schneller ihren Ausdruck in gesundheitlichen Einschränkungen. Deshalb ist die Arbeitszufriedenheit bei der Lösung von beruflich induzierten gesundheitlichen Problemen ein relevanter Kontextfaktor, der darüber entscheidet, ob Maßnahmen erfolgreich durchführbar sind oder nicht.

In Abb. 6-5 ist die Arbeitszufriedenheit der Gruppen in verschiedenen Bereichen der Arbeit dargestellt. Dabei wurden die acht Items (aus 13 möglichen) ausgewählt, die entweder besondere Relevanz besitzen oder für intergruppalen Unterschiede mit verantwortlich sind. Insgesamt kann von einer relativ hohen Zufriedenheit ausgegangen werden (der Wert 1 bezeichnet hohe Zufriedenheit), wobei die Patienten besonders mit ihrer direkten Tätigkeit bzw. mit ihrem kollegialen Umfeld zufrieden sind. Schlechtere Werte ergeben sich bei der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, der Leitung und Organisation sowie der Bezahlung.

Signifikante Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind interessanterweise nur bei den genannten insgesamt eher unzufriedenen Bereichen zu finden, wobei die MBO⁺-Patienten ein höheres „Unzufriedenheitsniveau“ zeigen als die MBO⁻-Patienten. Wenn also Unzufriedenheit herrscht, dann eher mit „typischen“ Bereichen (wie der Leitung oder der Bezahlung), und dann gibt es auch Unterschiede in Bezug auf die diagnostizierte berufliche Problematik der Patienten. Eine solche Problematik, so die Überlegung, verstärkt u.U. schon vorhandene Konfliktfelder im beruflichen Bereich.

Die folgenden Informationen beziehen sich stärker auf die schon angesprochenen „hard facts“ der direkten beruflichen Umgebung. In Abb. 6-6 und Abb. 6-7 sowie in Tab. 6-6 ist erfragt, in welchem Bereich der Patient tätig ist, wie groß das Unternehmen ist und wie lange seine aktuelle bzw. längste Tätigkeit in Monaten beziffert werden kann. Daraus lassen sich Rückschlüsse darauf ziehen, ob die berufliche Biographie bzw. die betriebsbezogenen strukturellen Rahmenbedingungen Erklärungen in Bezug auf den diagnostizierten MBO-Bedarf liefern.

Wie ersichtlich lassen sich die meisten Patienten – erwarteter Weise – im industriellen Bereich einordnen. Dabei spielt die berufliche Problematik (noch) keine Rolle. Überraschend ist dagegen der relativ hohe Anteil der „sonstiges“ Ankreuzenden. Aufgrund der eigentlich komplementären Auflistung wird angenommen, dass die Befragten ihr Unternehmen nicht ohne Weiteres einem der Bereiche zuordnen konnten. Dagegen – aus der Grafik aufgrund der Zusammenfassung nicht ersichtlich – gibt es eine verschwindend geringe Zahl an Patienten, die sich in der Landwirtschaft ansiedeln.

Die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind in den Kategorien „Handwerk“ und Dienstleistungen“ zu finden. Während MBO⁺-Patienten zu einem überproportionalen Teil im Handwerk arbeiten, sind es bei den MBO⁻-Patienten mehr Arbeiter in staatlichen oder privaten Dienstleistungen. Auch hier lässt sich nur spekulieren, dass die Zuordnung zu den einzelnen Wirtschaftsbereichen nicht so leicht fällt und etwa ein kleiner Betrieb selten als Industrie angesehen wird, weil in der gesellschaftlichen Zuschreibung von Industrie immer auch die Größe eine Rolle spielt. Letztlich ist dies jedoch nur eine Annahme.

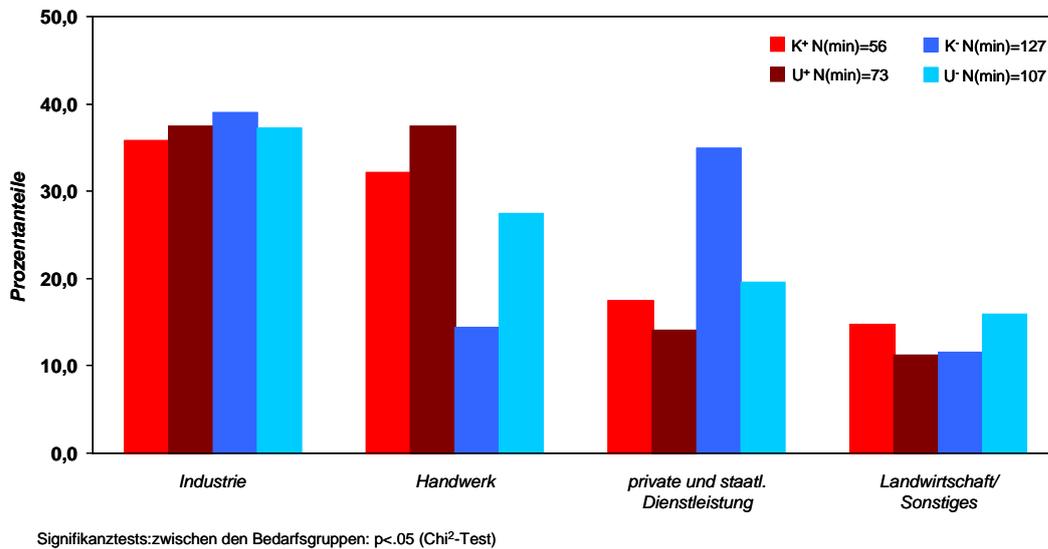


Abb. 6-6: Wirtschaftsbereich

Eine begründete These lässt sich jedoch dafür finden, warum MBO⁺-Patienten häufiger im Handwerk arbeiten. Man sieht in Tab. 6-6, dass sie nicht nur zu einem größeren Teil Handwerker sind, sondern gleichzeitig auch in kleineren Betrieben arbeiten. Daraus lässt sich in Bezug auf ihre gesundheitsbezogene berufliche Problematik ableiten, dass dies Personen sind, in deren Unternehmen kein großer Reaktionsspielraum auf berufliche Einschränkungen durch die Gesundheit gegeben ist. Während in größeren Unternehmen (eben stärker in Industrie und Dienstleistung) durchaus intern reagiert werden kann, sollte eine solche Problematik deutlich werden – etwa durch interne Umsetzungen oder zusätzliche Arbeitsplatzhilfen – kann ein kleiner (Handwerks-)Betrieb dies nur unter der Mithilfe der sozialen Sicherungssysteme für seine Arbeitnehmer leisten. Dadurch kommen aus kleineren Unternehmen problematischere Fälle in die MBO-Rehabilitation, was natürlich auch deren Risiko für einen MBO-Bedarf steigen lässt.

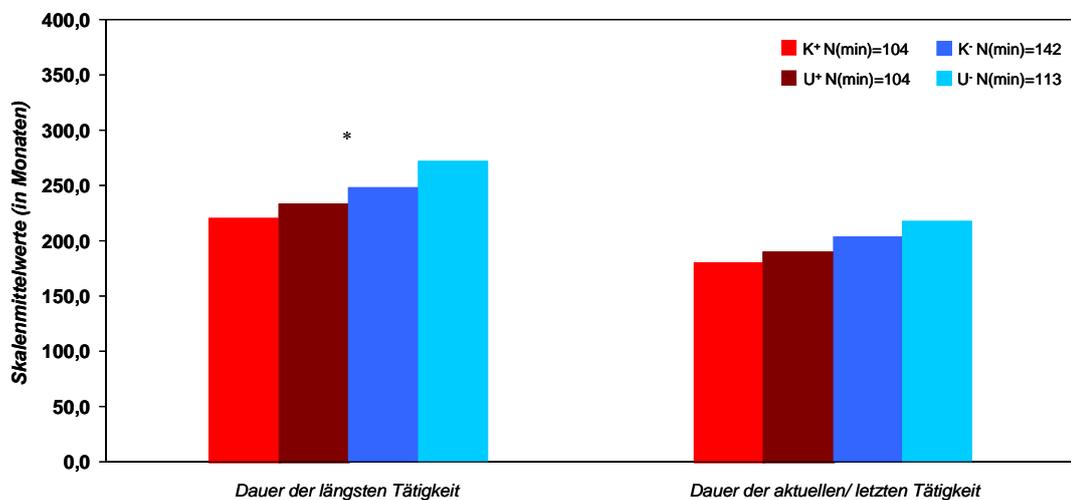
Des Weiteren ist, außerhalb der Eckdaten des Unternehmens, interessant, wie sich die Erwerbsbiographie des Patienten in Relation zu seinem gesundheitlichen Zustand analysieren lässt. Leider konnte aufgrund der Fülle der Informationen einzig die Länge der letzten bzw. aktuellen Tätigkeit sowie der längsten ausgeübten Tätigkeit erfragt werden. MBO⁺-Patienten, so wird auf den ersten Blick deutlich, geben durchweg kürzere Beschäftigungszeiten an, was durchaus auf häufigere Brüche der Erwerbsbiographie hindeuten könnte: Sie haben im Mittel eine um 30 Monate kürzere Dauer der längsten Tätigkeit angegeben. Jedoch relativiert sich dieses Bild, wenn als Information hinzu gezogen wird, dass die MBO⁺-Gruppe auch etwa 3,5

Jahre jünger ist. Demnach beruht der gezeigte Unterschied zum großen Teil auf einem Alterseffekt.

Tab. 6-6: Zahl der Beschäftigten im Unternehmen

Anzahl der Beschäftigten	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
bis 20	37	36,6	30	31,3	28	22,6	25	24,0	120	28,2
bis 100	27	26,7	30	31,3	32	25,8	30	28,8	119	28,0
bis 500	22	21,8	23	24,0	35	28,2	25	24,0	105	24,7
mehr als 500	15	14,9	13	13,5	29	23,4	24	23,1	81	19,1

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=9.492$, $p<.05$



Signifikanztests: zwischen den Bedarfsgruppen: * $\rightarrow p<.05$ (F-Test)

Abb. 6-7: Dauer der längsten bzw. aktuellen Tätigkeit

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Patienten gruppenübergreifend sehr lange Verweildauern an ihren Arbeitsplätzen haben, was als Spezifikum des Kostenträgers (wir haben es mit Arbeitern in traditionellen Berufsbereichen zutun) gewertet werden kann. Im Mittel sind/waren die Patienten 185 Monate, also über 15 Jahre in der aktuellen bzw. letzten Tätigkeit angestellt.

Den Abschluss der Analyse des beruflichen Umfeldes bildet die Darstellung potenzieller Risiko- oder Gefährdungsfaktoren für die Ausübung des Berufs. Der Erwerbsstatus an sich wurde schon im vorigen Kapitel ausführlich behandelt, darauf soll hier nur verwiesen werden. Viel interessanter in diesem Zusammenhang erscheint hingegen die Angabe, ob die Patienten eine Gefährdung ihrer Anstellung durch Kündigungsandrohungen sehen bzw. ob diese schon ausgesprochen wurde. In Tab. 6-7 ist dies dargestellt.

Es werden bezüglich der erfolgten Kündigung zum großen Teil die Erkenntnisse des Erwerbsstatus widerspiegelt. Vor allem in der unterschiedlichen Verteilung in den Randomisierungsgruppen der MBO⁺-Patienten lässt sich dies sehen. Darüber hinaus kann jedoch von einem grundsätzlichen Gefährdungspotenzial von etwa 8% bei den MBO⁺-

einem grundsätzlichen Gefährdungspotenzial von etwa 8% bei den MBO⁺-Patienten (9,3%/7,4%) und 2,5% bei den Patienten ohne MBO-Bedarf gesprochen werden. Entweder die Kündigung steht in diesen Fällen kurz bevor oder sie wurde mündlich schon ausgesprochen und bedarf nur noch der formalen Darstellung. Insgesamt lässt sich daraus ein zumindest mittelfristiges Gefährdungsniveau von 20 bis 32% bei der MBO⁺-Gruppe und nur 5 bis 9% bei ihrem Pendant feststellen, zieht man die schon erfolgten Kündigungen noch hinzu. Dies spricht für die Wichtigkeit einer MBO-induzierten Behandlung der MBO⁺-Patienten. Zwar lassen sich Gefährdungen des Arbeitsplatzes aufgrund von Kündigungen durch die MBO-Rehabilitation der Klinik per se nicht lösen, jedoch kann die Gefährdung frühzeitig erkannt und mit dem Patienten dementsprechend weiter gearbeitet werden.

Tab. 6-7: Ausmaß der Gefährdung des Arbeitsplatzes durch Kündigung

Kündigung:	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									N / %
<i>angedroht</i>	8	9,3	7	7,4	2	1,4	4	3,5	21	4,8
<i>erfolgt</i>	20	23,3	11	11,7	6	4,3	6	5,3	43	9,9
<i>weder noch</i>	58	67,4	76	80,9	132	94,3	103	91,2	369	85,2

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=36.414$, $p<.05$

Auch der in der Vergangenheit durchgeführte stufenweise Wiedereingliederungsversuch verweist auf eine schon längerfristige gesundheitsbedingte berufliche Problematik. Die These wäre hier, dass die Patienten mit diagnostiziertem MBO-Bedarf eher einen solchen Versuch in ihrer Biographie hatten als MBO⁻-Patienten. Tatsächlich, und durch die Tab. 6-8 belegt, ist dem nicht so. 19% der gesamten Stichprobe geben an, einen Versuch der stufenweisen Wiedereingliederung in der Vergangenheit durchgeführt zu haben. Dabei können keine signifikanten Gruppenabweichungen beobachtet werden. Viel entscheidender für die Gruppenbildung, so die Daten des unteren Teils der Tabelle, ist der Erfolg dieses Versuchs. MBO⁺-Patienten besitzen eine mittlere Erfolgsquote von etwa 15% (17,6%/9,5%), während MBO⁻-Patienten mit 71% eine sehr viel höhere Erfolgsquote aufweisen. Entscheidend für die Erkennung von beruflichen Problemlagen, dies bleibt festzuhalten, ist nicht die Durchführung eines Versuchs der stufenweisen Wiedereingliederung in der Vergangenheit, sondern der Erfolg dieses Versuchs.

Ein weiterer Gefährdungsfaktor für die Beschäftigung ist die Entscheidung der Rentenantragstellung (Tab. 6-9). Mit 1,5% der Patienten bekommt ein relativ kleiner Teil der Stichprobe bereits eine Rente, wobei aufgrund der geringen Fallzahlen nicht weiter differenziert wird, um welche Art von Rente es sich handelt. MBO⁺-Patienten besitzen dabei einen leicht höheren – jedoch nicht signifikant höheren – Wert. Auch das direkte Antragsverhalten bzw. die Antragsabsicht spiegeln dies wider. MBO⁺-Patienten planen häufiger einen solchen Antrag zu stellen, während die MBO⁻-Gruppe hier fast keine Aktivität zeigt. Von 16 Patienten, die direkt den Antrag gestellt haben bzw. mit dem Gedanken spielen, einen zu stellen, kommen 13 Patienten aus der gefährdeten MBO⁺-Gruppe.

Diese Unterschiede sind erwartet worden, nehmen sich jedoch geringer aus, als prognostiziert. Scheinbar ist in der hier untersuchten Stichprobe das Thema Rentenantragstellung eher untergeordnet, was wiederum stark darauf hindeutet, dass u.U. kostenträgerspezifische Zuweisungskriterien eine Rolle spielen. Zu diesem Befund passt die Aussage, dass zusätzlich zum Rentenantragsverhalten nur 2,7% oder 13 Patienten der Stichprobe eine Sozialgerichtsklage führen (wollen) bzw. diese schon durchgeführt und abgelehnt wurde. Auch hier kommen 9 dieser Patienten aus der MBO⁺-Teilgruppe.

Tab. 6-8: Wiedereingliederungsversuch und –erfolg in der Erwerbsbiografie

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Ist ein WE-Versuch erfolgt?										
	18	17,8	23	24,0	21	17,5	18	16,5	80	18,8
Wenn ja, war der WE-Versuch erfolgreich?										
<i>erfolgreich</i>	3	17,6	2	9,5	10	50,0	17	94,4	32	42,1
<i>erfolglos</i>	14	82,4	19	90,5	10	50,0	1	5,6	44	57,9

WE-Versuch erfolgt: Zwischen den Bedarfsgruppen: *n.s.*

Erfolg des WE-Versuchs: Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=34.056, p<.05$

Nach Analyse der beruflichen Kontextfaktoren sind folgende zentrale Erkenntnisse zu berichten: Die Stichprobe verfügt über ein ausgeprägtes Belastungs- und Beanspruchungsniveau, wobei direkte physische Belastungen und solche aus der direkten Umgebung (wie Staub, Kälte...) zu den Hauptproblembereichen zu zählen sind. Diese zeigen auch die entscheidenden intergruppalen Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen. Etwa jede zweite Belastung generiert zur Beanspruchung. Auch hier nimmt die physische Belastung eine Sonderstellung ein, führt sie doch zu einem größeren Teil zu gesundheitlichen Beanspruchungen.

Es kann eine relativ hohe Zufriedenheit mit der Arbeit diagnostiziert werden. Insbesondere mit der Tätigkeit und dem direkten Umfeld (Kollegen) werden hohe Zufriedenheitswerte erreicht. Unzufrieden sind die Patienten verstärkt mit der Leitung, der Bezahlung und den Arbeitsbedingungen, wobei hier auch die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen zu finden sind. Wenn also Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen auftreten, so sind sie auf den ohnehin mit unzufrieden bewerteten Ebenen zu finden.

MBO⁺-Patienten sind eher in kleinen Handwerksbetrieben mit geringeren Kompensationsmöglichkeiten – so die Vermutung – beschäftigt. MBO⁻-Patienten kommen verstärkt aus dem Dienstleistungssektor und größeren Unternehmen, die es wohl schaffen, auf gewisse gesundheitliche Problemlagen besser reagieren zu können und so gar nicht erst eine MBO-Bedarfslage entstehen zu lassen. Die Länge der Beschäftigung ist zwischen den Bedarfsgruppen zwar unterschiedlich, muss jedoch als Alterseffekt gewertet werden.

Des Weiteren wird deutlich, dass man – außerhalb von Arbeitslosigkeit – von einem Gefährdungsniveau durch drohende Kündigung von etwa 8% in der MBO⁺-Gruppe ausgehen kann, was insgesamt – mit Einbezug der arbeitslosen Patienten – ein Problempotenzial von 20-32% eröffnet. MBO⁻-Patienten dagegen haben mit 5-10% hier einen geringeren Wert. Zu-

sätzlich zu dieser Problematik kommt bei der MBO⁺-Gruppe noch ein – oftmals nicht erfolgreicher – Versuch der stufenweisen Wiedereingliederung hinzu. Dies betrifft etwa 18% der MBO⁺-Patienten (MBO⁻-Gruppe: 5%). In Bezug auf die Aktivitäten in Richtung Rentenantragstellung sind keine großen Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen zu berichten: Sie ist bei beiden sehr gering.

Tab. 6-9: Rentenbezug, Rentenantragsverhalten und Sozialgerichtsklage

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Rentenbezug										
<i>ja</i>	3	2,7	2	2,0	1	0,7	1	0,9	7	1,5
Rentantrag gestellt?										
<i>ja</i>	2	1,9	3	2,9	1	0,7	0	0,0	6	1,3
<i>nein</i>	99	91,7	99	95,2	143	97,9	117	100,0	458	96,4
<i>geplant</i>	6	5,6	2	1,9	2	1,4	0	0,0	10	2,1
<i>abgelehnt</i>	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Wird Sozialgerichtsklage geführt?										
<i>ja</i>	1	0,9	4	3,8	1	0,7	1	0,8	7	1,5
<i>nein</i>	108	98,2	97	93,3	145	99,3	115	97,5	465	97,3
<i>geplant</i>	1	0,9	3	2,9	0	0,0	1	0,8	5	1,0
<i>abgelehnt</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2

Rentenbezug: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Rentantrag: Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=10.303$, $p<.05$

Sozialgerichtsklage: Zwischen den Bedarfsgruppen n.s.

Wenn man diese Informationen die bisherige Erwerbsbiographie und die aktuelle berufliche Situation betreffend zu einem „beruflichen Gefährdungsindex“ zusammenfasst⁵, so ist in der MBO⁺-Gruppe ein konkretes Gefährdungspotenzial von 50,9% gegeben, während in der MBO⁻-Gruppe nur 14,2% eine solche biographisch bedingte Gefährdung der Erwerbstätigkeit aufweisen. Das bedeutet, dass insgesamt etwa 31% der Patienten allein aus dem beruflichen Kontext heraus eine MBO-Problematik erwarten lassen. Dabei sind jedoch noch nicht ein hohes Beanspruchungsniveau oder evtl. schwierige betriebliche Strukturen berücksichtigt worden, was insofern schwierig erscheint als erstens eben jene Strukturdaten höchstens eine moderierende Beziehung zur MBO-Problematik besitzen, man daraus also nicht per se eine MBO-Bedarf ableiten kann und bei den Selbsteinschätzungen der Belastungen und Beanspruchungen durchaus eine Beziehung deutlich wurde, diese jedoch noch nicht ausrei-

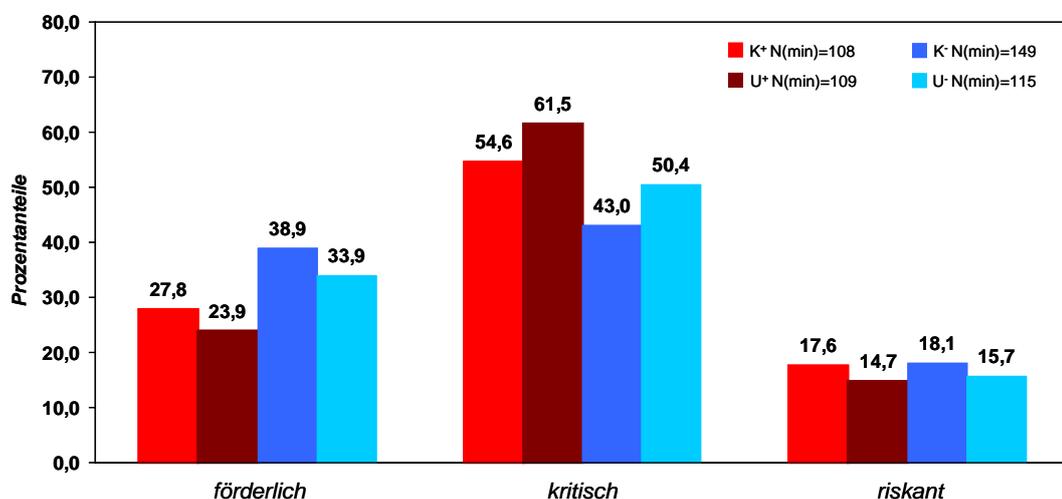
⁵ Es können vier Kriterien der Gefährdung aus der Analyse benannt werden: bestehende oder drohende Kündigung, misslungener WE-Versuch, Rente oder Rentenantrag/-begehren und Sozialgerichtsklage geführt oder in Planung

chend spezifiziert werden konnte. Darüber hinaus ist auch das Verhältnis von Unzufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Arbeit und der Wahrnehmung von Belastungen und daraus resultierenden Beanspruchungen nicht geklärt. Jedoch wird deutlich, welche große Bedeutung der berufliche Kontext für die Erkennung einer gesundheitsbezogenen beruflichen Problematik besitzt.

6.2.2 Personaler Kontext

Die Ebene der Persönlichkeit oder der individuellen Kontextfaktoren wird im Modell der ICF durch die Bewertungen, Einstellungen und Handlungen einer Person selbst definiert. Dementsprechend werden im Folgenden verschiedene Typen des Gesundheitsverhaltens betrachtet, die sich durch ein spezifisches Muster bezüglich förderlicher und kritischer Verhaltensweisen konstituieren. Hieraus, so diese Typen substantielle Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen darstellen, können reha-spezifische Handlungsanweisungen an das System Rehabilitation formuliert werden, die direkte Relevanz im berufsbezogenen Kontext der Behandlung besitzen. Des Weiteren interessieren allgemeine Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit in Form von Kontrollüberzeugungen, also den Einstellungen in Bezug auf die Ursachen von gesundheitlichen Einschränkungen und v.a. der Bedeutung von Heilungsmöglichkeiten, die die Patienten den Interventionen der Reha-Behandlung einräumen. Einstellungen zu arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben können darüber hinaus mit den Skalen des AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, Schaarschmidt 1997, 2001) erhoben werden.

Schließlich, mit direkter Bedeutung für den Reha-Erfolg, lassen sich spezifische Einstellungen und Haltungen zur bevorstehenden Rehabilitationsmaßnahme analysieren.



Signifikanztests: zwischen den Bedarfsgruppen $p < .05$ (Chi²-Test)

Abb. 6-8: Typen des Gesundheitsverhaltens

Die in Abb. 6-8 dargestellten Gesundheitstypen stellen eine Hilfskonstruktion dar. Integriert sind sowohl gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Nikotin- und Alkoholeinnahmeverhalten) als auch, dem gegenübergestellt, förderliche Handlungen (Sport, regelmäßige medizinische Vorsorge). Dabei sind die Variablen in „regelmäßig“, „gelegentlich“ und „gar nicht“ kodiert, so dass eine Aufsummierung der schädlichen Verhaltens-Items einen Maximalwert

von vier Punkten ergibt. Diese werden saldiert mit den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Je kleiner der sich ergebende Skalenwert also ist, desto gesünder ist das Verhalten der Person. Aus dieser kleinen „Verhaltensskala“ wurden dann die drei Typen „förderliches Gesundheitsverhalten“, „kritisches Gesundheitsverhalten“ und „riskantes Gesundheitsverhalten“ gebildet.

Unter Verwendung dieser Hilfskonstruktion ergibt sich für die Stichprobe ein Anteil von 16,5% mit riskantem Gesundheitsverhalten. Diese ungünstigste Kombination aus gesundheitsschädlichem und –förderlichem Verhalten ist gruppenübergreifend sehr stabil. Sie ist geprägt durch eine hohe Affinität zu regelmäßiger Einnahme von Nikotin und Alkohol, einhergehend mit fehlender medizinischer Vorsorge und sehr geringen oder keinen sportlichen Aktivitäten. Bedarfsbezogene Unterschiede ergeben sich in den beiden anderen Gruppen. Während 58,1% der MBO⁺-Patienten ein kritisches Verhalten an den Tag legen, sind dies bei den MBO⁻-Patienten 46,2%. MBO⁺-Patienten besitzen also einen höheren Anteil an kritischen Verhaltensweisen, wobei die Unterschiede signifikant ausgewiesen, jedoch als nicht besonders groß anzusehen sind. Das Gesundheitsverhalten, so könnte konstatiert werden, stellt für die Definition eines beruflich orientierten medizinischen Bedarfs eine untergeordnete Rolle dar.

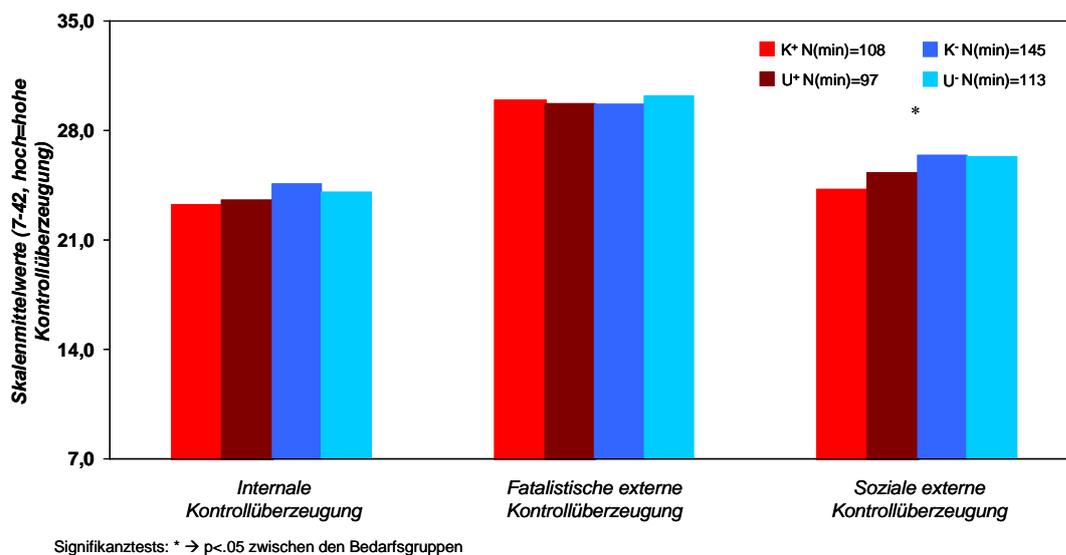


Abb. 6-9: Internale und externale Kontrollüberzeugung

Der KKG ist ein Instrument, mit dem Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit erhoben werden können. Es erhebt Kontrollüberzeugungen, die sich damit auseinandersetzen, inwiefern eine Erkrankung durch die eigene Person bzw. die direkte Umwelt initiiert wurde. Abseits dieser „intern“ und „sozial extern“ genannten Grundeinstellungen existiert laut dem diesem Instrument zugrunde liegenden Modell eine fatalistische Einstellung. Personen dieser Haltung sind der Meinung, Krankheit ist durch soziale Zusammenhänge und die eigene Person weniger beeinflussbar, sondern vielmehr „gottgegeben“, also eine Tatsache, der sich unterzuordnen sei. Auch auf der Ebene der Heilung bei erlittener Erkrankung kommen diese Grundeinstellungen wieder zum Tragen. So sind Personen, die eine hohe interne Kontrollüberzeugung verfolgen, der Meinung, sie selbst seien die entscheidenden Akteure auf dem Weg zur Heilung. Personen mit sozialer externer Kontrollüberzeugung sehen sämtliche

Chancen zur Heilung nur durch die intensive Betreuung von Experten gegeben, während fatalistisch eingestellte Personen glauben, die Beschwerden würden sich genauso, wie sie gekommen sind, auch unbeeinflussbar wieder verbessern.

In Abb. 6-9 ist erkennbar, dass zwischen den Bedarfsgruppen nur sehr geringe Unterschiede durch den KKG gemessen werden. Einzig in der sozialen externen Kontrollüberzeugung ergeben sich dahingehend Unterschiede, dass MBO⁺-Patienten hier geringere Werte aufweisen, was dafür spricht, dass diese den Ärzten wohl weniger Vertrauen entgegenbringen, was deren Anteil zur Besserung der Erkrankung betrifft. Doch ähnlich wie das Gesundheitsverhalten können auch die Kontrollüberzeugung keine großen Erklärungspotenziale für einen MBO-Bedarf liefern.

Dies könnte in etwas ausgeprägterem Maße der AVEM darstellen. Das Instrument misst elf verschiedene Dimensionen der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster einer Person. Die elf Subskalen können inhaltlich unter drei Bereichen subsumiert werden: Berufliches Engagement, Widerstandskraft gegenüber Belastungen und Berufsbegleitende Emotionen (Schaarschmidt 1997). In der Abb. 6-10 sind ausgewählte Skalen dieser drei Bereiche dargestellt. Dabei deutet die Auswahl der Skalen schon auf die Relevanz der einzelnen Bereiche bei der Gruppenbeschreibung hin. Während die ersten drei Skalen inhaltlich unter den Bereich Berufliches Engagement fallen, symbolisiert die Skala Offensive Problembewältigung als einzige hier dargestellte den Bereich der Widerstandskraft gegenüber Belastungen. In diesem Bereich können nur geringe, und nicht signifikante Unterschiede gemessen werden.

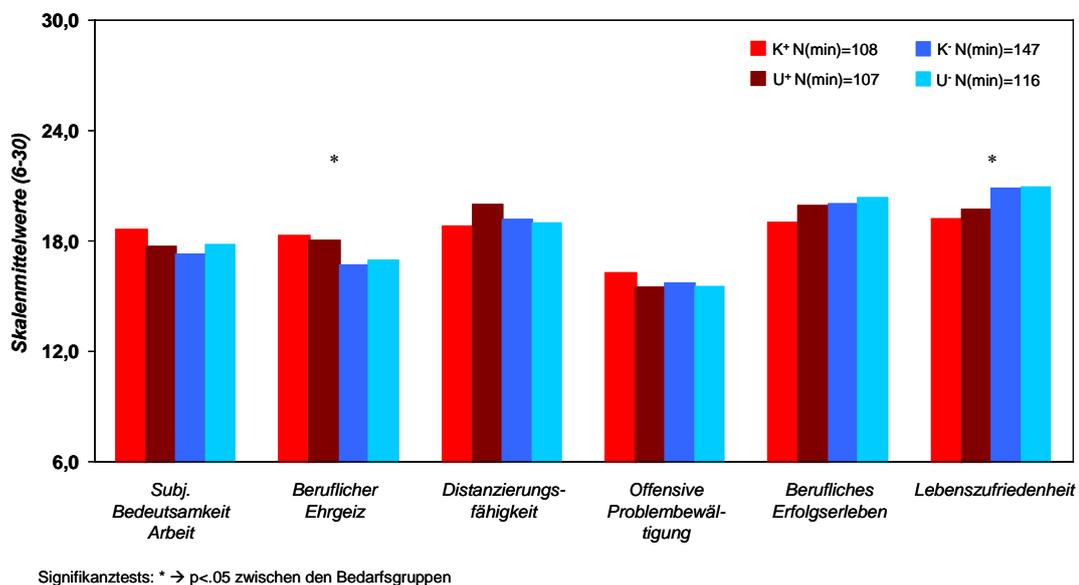


Abb. 6-10: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (ausgewählte Skalen, Skalensrange 6-30)

Die beiden anderen Bereiche dagegen zeigen z.T. signifikante Unterschiede. Prinzipiell kann die MBO⁺-Gruppe durch höheres berufliches Engagement, einhergehend mit geringeren positiven Emotionen beschrieben werden. Dies deutet u.U. auf Probleme im Erleben beruflichen Erfolgs hin, was sich sodann in der allgemeinen Lebenszufriedenheit niederschlägt. Jedoch muss hier einschränkend darauf hingewiesen werden, dass der AVEM ursprünglich

für soziale und helfende Berufe, vornehmlich im Dienstleistungsbereich, entwickelt wurde. Es ist fraglich, ob ein solches Instrument bei LVA-Patienten, die sich mit einer anderen Arbeitsumgebung konfrontiert sehen, adäquate Ergebnisse liefern kann. Gerade hinsichtlich berufsbezogener gesundheitlicher Problematiken sind Arbeiter weniger auf psychomentaler Ebene gefordert, die wiederum im AVEM eine tragende Rolle spielt. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass geringe Unterschiede durchaus darstellbar sind.

Die folgenden Tabellen stellen die bisher analysierten allgemeinen Einstellungen und Haltungen in den reha-medizinischen Kontext. Sowohl die Art der Initiative für die Reha-Behandlung als auch generelle und spezifische Einstellungen zu einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme werden in diesem Kontext relevant.

Tab. 6-10: Anregung zur medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (zusammengefasste Items, Mehrfachnennungen möglich)

Anregung durch...	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
...Hausarzt	82	74,5	79	74,5	105	72,9	96	82,1	362	75,9
...Institution	53	48,2	57	53,8	27	18,8	23	19,7	160	33,5
...Privat	23	20,9	24	22,6	62	43,1	39	33,3	148	31,0

Hausarzt: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Institution: Zwischen den Bedarfsgruppen: $Ch^2=53.510$, $p<.05$

Privat: Zwischen den Bedarfsgruppen $Ch^2=15.845$, $p<.05$

Die Anregung zur Rehabilitation ging bei drei Viertel der Stichprobe – gruppenübergreifend – vom behandelnden Hausarzt aus. Darüber hinaus können noch zwei weitere Wege zur Behandlung verfolgt werden. Zum einen die Initiative aus dem privaten Umfeld (Freunde, Nachbarn) bzw. die Antragstellung „von sich aus“. Zusätzlich existieren institutionelle Einrichtungen, die eine solche Antragstellung forcieren können. Hier seien v.a. der Sozialdienst im Krankenhaus, der Rentenversicherungsträger direkt oder auch der medizinische Dienst der Krankenkasse genannt. Eine institutionell initiierte Antragstellung deutet dabei auf einen akuten Bedarf hin. Es lässt sich spekulieren, ob eine u.U. frühere, stärker durch Eigeninitiative geprägte Aktivierung auf geringere Beeinträchtigungen in Aktivitäten und beruflicher Teilhabe verweist. Die Ergebnisse in Tab. 6-10 lassen dies erahnen. Jeder zweite Patient mit einem beruflichen Problem ist auf institutionelles Anraten in die Maßnahme gekommen, während dies nur 20% der MBO⁻-Patienten berichten. Diese wiederum sind zu etwa 38% aus dem privaten, zumindest nicht-institutionellen Kontext zu dieser Rehabilitation bewegt worden.

Der Aspekt der Freiwilligkeit deutet sich auch in der generellen Haltung zur Reha-Behandlung an (Tab. 6-11). Nur 6,5% der MBO⁻-Patienten sieht der bevorstehenden Behandlung skeptisch oder mit Unsicherheit entgegen, während es doppelt so viele Patienten in der MBO⁺-Gruppe sind. Patienten mit einem diagnostizierten MBO-Bedarf sind also von vornherein skeptischer. Deshalb, so die These, kommen diese Patienten auch zu einem späteren Zeitpunkt ihrer Erkrankung und eher durch institutionelle Einrichtungen motiviert in das Antragsverfahren. Knapp ein Viertel der MBO⁺-Patienten meint, keine klare Meinung in Bezug auf die Maßnahme zu haben. Dieses Ergebnis ist insofern als problematisch anzusehen,

als 79% aller MBO⁻-Patienten, jedoch „nur“ 60% der schwerer beeinträchtigten Gruppe laut Selbstaussage mit einer optimistischen Einstellung in die Behandlung kommt. Dies spricht für die Schwierigkeit, ein positives Reha-Ergebnis in dieser Gruppe zu erzielen, denn für die aktive Mithilfe des Patienten – die unerlässlich erscheint – ist eine positive Einstellung erforderlich.

Tab. 6-11: Generelle Einstellung zur Rehabilitationsbehandlung

Haltung zur Reha-Behandlung	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
<i>unsicher/skeptisch</i>	13	14,3	10	11,0	9	7,0	6	6,0	38	9,2
<i>keine klare Meinung</i>	21	23,1	26	28,6	17	13,2	17	17,0	81	19,7
<i>sicher/optimistisch</i>	57	62,6	55	60,4	103	79,8	77	77,0	292	71,0

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=14.420, p<.05$

Vor Beginn der Behandlung wurden die Patienten gefragt, welche Erwartungen sie bezüglich des Reha-Aufenthaltes in der Klinik Niedersachsen haben. Dabei wurden verschiedene Fragekomplexe verwendet, die sich mit den Hoffnungen, Befürchtungen und Zielerwartungen der Patienten auseinandersetzen. Die folgenden beiden Tabellen stellen ausgewählte Ergebnisse daraus dar. Dabei erfolgte die Auswahl wiederum aus der Absicht, einerseits die Gruppenunterschiede zwischen den Bedarfsgruppen möglichst adäquat widerzuspiegeln und andererseits einen allgemeinen Überblick geben zu können.

Die Hoffnungen, die die Patienten mit dem Reha-Aufenthalt verbinden, können inhaltlich auf drei Bereiche verteilt werden. Die reha-medizinische Pflege wird schwerpunktmäßig durch konservative Statements wie „Zeit für mich haben“, „intensive pflegerische Betreuung erhalten“ oder auch „erfahren, was mir fehlt“ symbolisiert. Dabei konnten die Patienten auf einer Skala von 1 „überhaupt nicht“ bis 5 „sehr“ einschätzen, wie stark ihre Hoffnungen in diesen Bereichen sind. Die nachfolgende Tab. 6-12 stellt die durchschnittlichen Angaben der Gruppen dar. Im Bereich der Reha-Pflege werden hohe Erwartungen geäußert (mit 3,5 und 3,8). Jedoch sind keine Unterschiede zwischen den Gruppen sichtbar und auch nicht signifikant ausweisbar.

Dem Bereich psycho-soziale Betreuung wird weniger Erwartung zuteil. Mit dieser Art der Behandlung verbinden die Patienten weniger Hoffnungen auf Genesung. Werte um 2,5 deuten dies an. Wiederum können keine Gruppenunterschiede zwischen den Bedarfsgruppen berichtet werden.

Der dritte Bereich, auf den sich die Hoffnungen beziehen, das berufliche Partizipationsmanagement, stellt Items wie „Klärung und Besserung der beruflichen Situation“ oder „Beratung in finanziellen und sozialrechtlichen Fragen“ zur Disposition. Die Klärung/ Besserung der beruflichen Situation stellt mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von knapp 4 Skalenpunkten die höchsten Hoffnungen an die Reha-Maßnahme. Weniger ist ein Beratungsbedarf in sozialrechtlichen Fragen erwünscht. Diese beruflichen Dimensionen der Hoffnungen birgt denn auch die Gruppenunterschiede. MBO⁺-Patienten erreichen auf ersterem Item mehr als 4 Skalenpunkte, während Patienten ohne MBO-Bedarf mit den anderen Bereichen ver-

gleichbare Werte aufweisen. Man kann also sagen, dass die Erwartungsstruktur der in der Klinik diagnostizierten MBO⁺-Patienten sich tatsächlich spezifisch durch die Hoffnung auf eine stärker beruflich orientierte medizinische Rehabilitation definiert.

Tab. 6-12: Hoffnungen an die Rehabilitationsmaßnahme

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / aM									
Reha-medizinische Pflege										
<i>Zeit für mich haben</i>	105	3,51	100	3,55	145	3,46	113	3,54	463	3,51
<i>intensive pfleger. Betreuung</i>	107	3,92	99	3,85	146	3,71	109	3,89	461	3,83
Psycho-soziale Betreuung										
<i>über persönl. Probleme sprechen</i>	109	2,82	105	3,13	146	2,86	113	3,01	473	2,95
<i>psychol. Betreuung</i>	109	2,43	104	2,42	147	2,22	111	2,33	471	2,34
Berufliches Partizipationsmanagement										
<i>Klärung/Besserung der berufl. Situation</i>	110	4,45	104	4,26	146	2,86	111	3,70	471	3,96
<i>Beratung in sozialrechtl. Fragen</i>	111	3,31	104	3,34	144	2,21	108	2,43	467	2,77

Zeit für mich: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

pflegerische Betreuung: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

persönliche Probleme: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

psychologische Betreuung: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Besserung/Klärung berufl. Situation: Zwischen den Bedarfsgruppen: $T=36.638, p<.05$

Beratung sozialrechtl. Fragen: Zwischen den Bedarfsgruppen $T=49.874, p<.05$

Patienten kommen nicht nur mit spezifischen Hoffnungen in die Maßnahme, sie haben auch eine Vorstellung davon, in welchen Bereichen ihnen die Behandlung helfen wird. Vier Bereiche können dabei aus den Items identifiziert werden. Zum einen sind dies Ziele zur Verbesserung der gesundheitlichen Beschwerden (körperliche Leistungsfähigkeit, Nachlassen von Beschwerden), ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten (Verringerung der Medikamenteneinnahme, geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung), Verbesserung psychosozialer Komponenten (seelisches Wohlbefinden, Entspannung von Stress und Alltagsorgen) und schließlich die Verbesserung der beruflichen Teilhabe (berufliche Leistungsfähigkeit, Verhinderung vorzeitiger Berentung). Dabei konnten die Patienten auf den genannten acht Items einer Checkliste gleich ankreuzen, ob sie dieses Ziel für sich persönlich definieren oder nicht.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass fast alle Patienten (93%) eine gesundheitliche Besserung durch die Reha-Behandlung erwarten. 70%, und dies ist überraschend, wünschen sich darüber hinaus eine Verbesserung der beruflichen Teilhabechancen. Das bedeutet, dass MBO⁻-Patienten gleichermaßen für das Problem der Beeinträchtigung in der

beruflichen Teilhabe sensibilisiert sind. Dies ist unter dem Eindruck der Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger ein durchaus erwartbares Ergebnis. Allerdings können keine intergruppalen Unterschiede ausgewiesen werden.

Tab. 6-13: Bereiche, in denen die Reha-Behandlung voraussichtlich helfen wird (zusammengefasste Items, Mehrfachnennungen möglich)

Erwartete Ziele	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									
Gesundheitliche Besserung	104	92,0	103	94,5	143	93,5	108	90,8	458	92,7
Geringeres Inanspruchnahmeverhalten	79	69,9	76	69,7	86	56,2	64	53,8	305	61,7
Psycho-soziale Verbesserung	58	51,3	51	46,8	96	62,7	68	57,1	273	55,3
Verbesserung der beruflichen Teilhabe	80	70,8	82	75,2	113	73,9	73	61,3	348	70,4

Individuelle med. Ziele: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Institutionelle med. Ziele: Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=11.141$ $p<.05$,

Psycho-soziale Ziele: Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=6.196$, $p<.05$

Berufsbezogene Ziele: Zwischen den Bedarfsgruppen n.s.

Diese sind in den beiden anderen Bereichen vorhanden. MBO⁺-Patienten haben stärker das Ziel, nach der Maßnahme ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten an den Tag zu legen, jedoch zu einem geringeren Teil haben sie Entspannung vom Alltag und Besserung des seelischen Wohlbefindens als Ziel. Es sind also so genannte harte Ziele, die sie vordergründig verfolgen: weniger Arztbesuche und eine verringerte Medikamenteneinnahme. Dies ist ein Beleg für die Schwere der Problematik, mit der sie in die Behandlung kommen. MBO⁻-Patienten stellen dagegen den Erholungsaspekt stärker in den Vordergrund. Dies wurde schon bei der Angabe der Hoffnungen an die Rehabilitation deutlich.

Die Analyse des persönlichen Kontextes lässt zwei Dinge vermuten:

Erstens scheint die allgemeine persönliche Konstitution der Patienten eine geringere Rolle für die Identifikation eines berufsbezogenen Problems zu spielen. Ergebnisse des ersten Teils dieses Abschnitts lassen dies vermuten. MBO⁺-Patienten unterscheiden sich wenn, dann nur in geringem Maße von den Patienten ohne einen solchen diagnostizierten Bedarf. Wenn man jedoch nicht per se davon ausgeht, dass die Klinik durch ihr diagnostisches Verfahren lückenlos alle MBO-Patienten erkennt, dann wäre der erste Ansatzpunkt, auf der Ebene der persönlichen Konstitution nach für die berufliche Teilhabe problematischen Aspekten zu suchen.

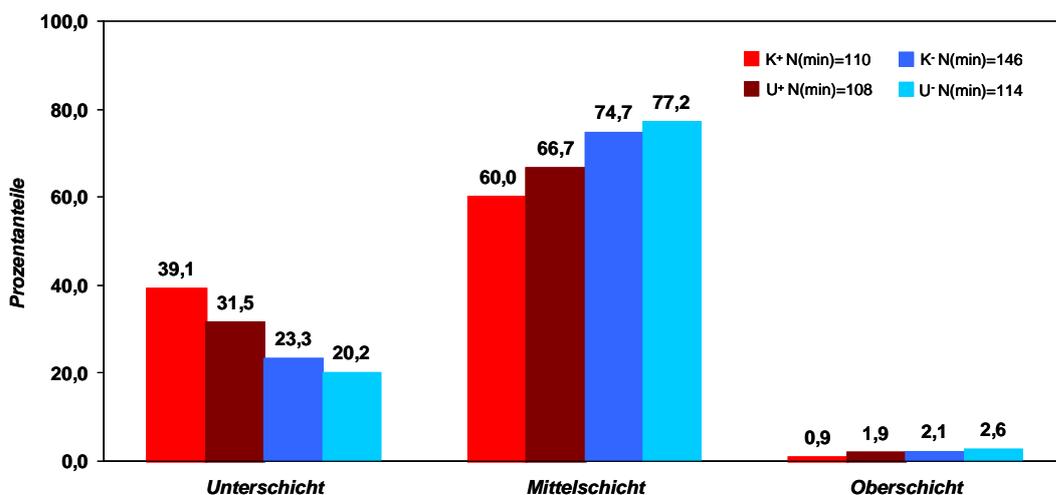
Zweitens bildet sich jedoch unabhängig vom hier dargestellten allgemeinen Kontext ein beruflich orientierter Bedarf an medizinischer Rehabilitation über die Haltung zur Rehabilitation und den Erwartungen der Patienten an die Maßnahme ab. Insbesondere in den Hoffnungen wird dies deutlich. MBO⁺-Patienten erhoffen sich verstärkt eine Klärung bzw. Besserung ihrer

beruflichen Situation durch die Maßnahme und, darüber hinaus, auch eine Beratung in sozialrechtlichen Aspekten. Zudem scheint diese Gruppe mit der Rehabilitation die Zielstellung einer geringeren Inanspruchnahme des medizinischen Systems (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme) zu verfolgen. Über die spezifischen Einstellungen zur Rehabilitation kann man also einen MBO-Bedarf abbilden.

6.2.3 Umwelt

Die umweltbezogenen Kontextfaktoren konzentrieren sich in dieser Analyse auf das direkte soziale Umfeld der Patienten. Dazu gehört natürlich deren Einordnung in die soziale Umgebung über bekannte Parameter der sozialen Schichtung. Dazu wird der Winkler-Index dargestellt. Die Ergebnisse des Winkler-Index sollen sodann dahingehend spezifiziert werden, dass die hier erkannten Unterschiede durch die Einzeldimensionen der Indexbildung näher erklärt werden sollen. Darüber hinaus interessiert die kulturelle Herkunft genauso wie die private (Familien-)Situation.

Erkenntnisse über die Verortung der Patienten nach bekannten Parametern sozialer Ungleichheit lassen sich in verkürzter Form über den Sozialschicht-Index nach Winkler darstellen. Bei der Bildung dieses Index werden sowohl die Schul- und Berufsausbildung sowie das Einkommen und der momentane Berufsstatus (vgl. Deck/Röcklein in VDR 1999) berücksichtigt. Aggregiert ergeben sich drei Schichtparameter, die in Unter-, Mittel- und Oberschicht eingeteilt werden können



Signifikanztests: zwischen den Bedarfsgruppen $p < .05$ (Chi²-Test)

Abb. 6-11: Schicht-Index nach Winkler

Die Abb. 6-11 stellt die Verteilungen der einzelnen Untersuchungsgruppen über die Indexparameter hinweg dar. Danach ist die Oberschicht – wie zu erwarten bei der betrachteten LVA-Stichprobe – mit etwa 2% kaum repräsentiert. Die Mittelschicht dagegen ist mit 60 bis 77% überdurchschnittlich häufig vorhanden. Zwischen den Bedarfsgruppen ist auf dieser Ebene ein signifikanter Unterschied gegeben. Die MBO⁺-Gruppe stellt mit etwa 35%-Punkten (39,1%/31,5%) überdurchschnittlich häufig Personen aus der Unterschicht. Dabei ist noch nicht geklärt, ob sich dies aus der Bildung, dem Einkommen oder dem aktuellen Beruf ergibt. Sollte der Unterschied kein empirisches Artefakt sein, sondern durchaus mit der Problematik eines MBO-Bedarfs in Relation stehen, so sollte dieser Unterschied inhaltlich interpretierbar

sein. Natürlich ist in erster Linie der Erwerbsstatus entscheidend. In der MBO⁺-Gruppe sind überdurchschnittlich viele Arbeitslose enthalten, die über ein geringeres Einkommen verfügen oder u.U. ein geringeres (Aus-)Bildungsniveau haben. Jedenfalls scheinen diese Patienten über schlechtere Startbedingungen für eine erfolgreiche Berufsbiographie zu verfügen.

Tab. 6-14: Einzeldimensionen des Winkler: Ausbildung, Tätigkeitsniveau und Einkommen

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									
Ausbildung										
keinen Abschluss	28	26,7	13	13,5	26	17,8	12	10,9	79	17,3
Lehre	72	68,6	77	80,2	109	74,7	87	79,1	345	75,5
Fachschule/FH/Uni	5	4,8	6	6,3	11	7,5	11	10,0	33	7,2
Tätigkeitsniveau nach Winkler										
einfach	92	85,2	78	75,0	114	78,6	85	75,2	369	78,5
qualifiziert	15	13,9	25	24,0	29	20,0	26	23,0	95	20,2
hochqualifiziert	1	0,9	1	1,0	2	1,4	2	1,8	6	1,3
Einkommensgruppen										
unter 1500 Euro	59	55,7	54	50,9	43	31,4	32	29,6	188	41,1
1500 Euro & mehr	47	44,3	52	49,1	94	68,6	76	70,4	269	58,9

Ausbildung: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Tätigkeitsniveau: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Einkommensgruppen: Zwischen den Bedarfsgruppen $\chi^2=24.164$, $p<.05$

Tab. 6-14 stellt die zentralen Einzeldimensionen des Winkler-Index dar, um eine Erklärung für die größeren Anteile an Unterschicht-Patienten in der MBO⁺-Gruppe zu finden. Erstaunlicherweise bezieht sich der Unterschied einzig auf das Einkommen. Sowohl Ausbildungsstand als auch Tätigkeitsniveau sind in beiden Bedarfsgruppen gleich ausgeprägt. Der Schichtunterschied könnte also ein Ausdruck der unterschiedlichen Arbeitslosenquote in den Gruppen sein, denn es würde eher verwundern, wenn die MBO⁺-Patienten trotz gleichen Ausbildungs- und Tätigkeitsniveaus in unterschiedlichen Einkommensgruppen zu finden sind. Jedoch zeigt eine Analyse, getrennt nach Erwerbsstatus, dass auch unabhängig von diesem die Einkommensunterschiede bestehen bleiben (obere Einkommenskategorie der Erwerbstätigen: MBO⁺ 53%, MBO⁻ 72%). Demnach kann es auch nicht als reines Artefakt der höheren Arbeitslosigkeit in der MBO⁺-Gruppe angesehen werden.

Die These wäre also dahingehend zu variieren, dass die MBO⁺-Patienten der Klinik Niedersachsen nicht mit schlechteren Startbedingungen in das Berufsleben kommen, sondern momentan – abseits der diagnostizierten berufsbezogenen gesundheitlichen Problematik – häufiger in einer schwierigeren beruflichen Konstellation stehen.

Die nächste Abbildung (Abb. 6-12) stellt die Herkunft der Patienten, gemessen mit der Frage nach dem Geburtsland, dar. Es existieren auf den ersten Blick keine signifikanten Unter-

schiede zwischen den Bedarfsgruppen. Allerdings kann tendenziell davon ausgegangen werden, dass der Anteil deutscher Patienten zwischen den Bedarfsgruppen gleich ist und bei etwa 80% liegt. Die anderen Nationalitäten wurden aus Darstellungsgründen in Personen aus Osteuropa und andere Herkunftsländer zusammengefasst. Von den im Ausland geborenen Patienten wurden unterdurchschnittlich wenige Patienten aus Osteuropa mit einem MBO-Bedarf diagnostiziert, während es – allerdings nicht signifikant – mehr Patienten aus anderen Ländern, hier v.a. der Türkei, waren. Aufgrund der fehlenden Signifikanz wird von einer Erklärung Abstand genommen.

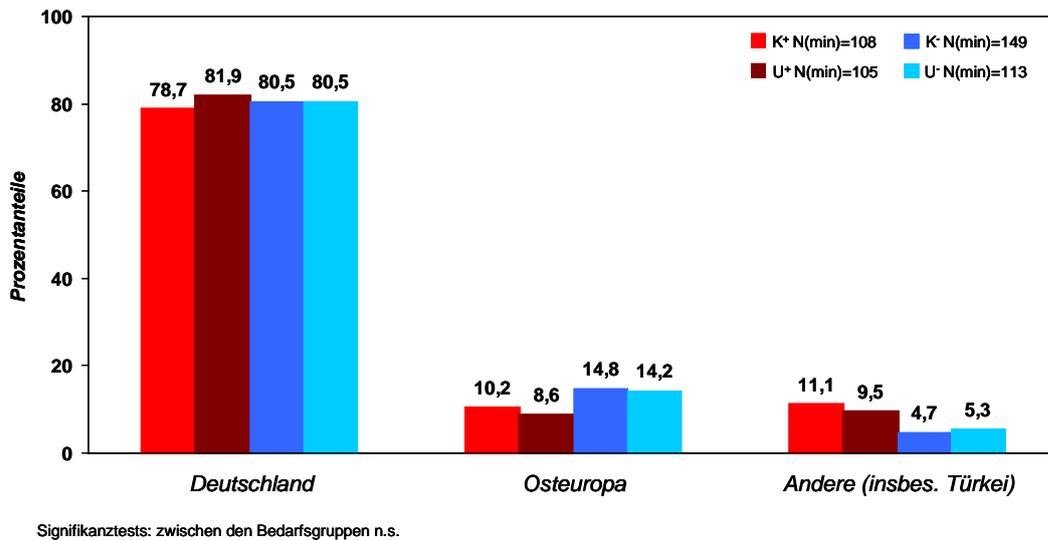
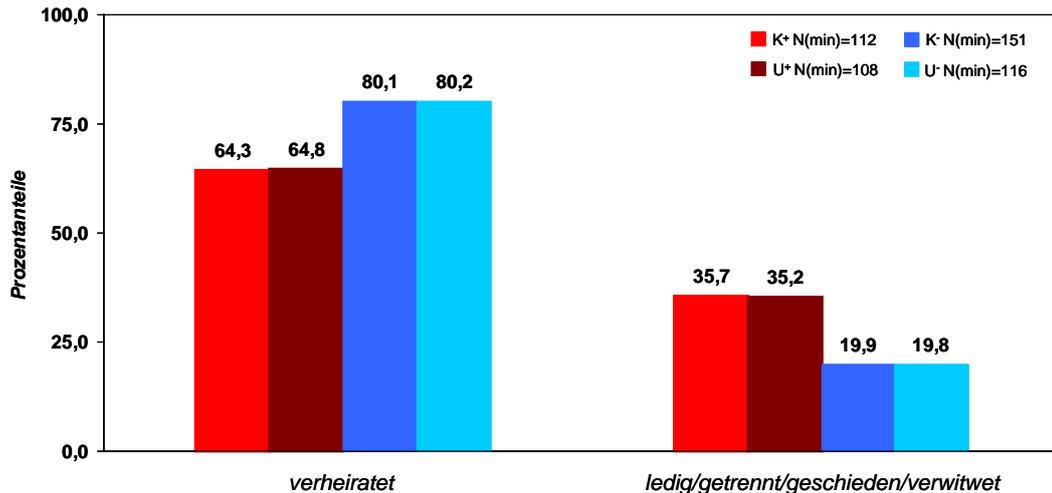


Abb. 6-12: Herkunft (Geburtsland)

In den beiden letzten Darstellungen dieses Abschnitts geht es um die Frage unterschiedlicher privater Lebenszusammenhänge. Der Familienstand, dargestellt in Abb. 6-13, zeigt, dass etwa 70% der Patienten verheiratet sind. Dieser Anteil würde sich noch geringfügig erhöhen, da nicht klar, ob die in der anderen Gruppe enthaltenen Ledigen u.U. mit einem Partner zusammenwohnen. Jedoch abseits dieses statistischen Fakts zeigt sich, dass die MBO⁺-Gruppe häufiger ledig, getrennt lebend, geschieden oder verwitwet ist. Während acht von zehn MBO⁻-Patienten verheiratet sind, ist fast jeder zweite (40%) der MBO⁺-Patienten nicht verheiratet.

Erklärungen hierfür sind sehr schwierig zu finden und benötigen eine ausführliche Analyse, die an dieser Stelle nicht durchgeführt werden kann. Es lässt sich jedoch spekulieren, dass ein ausgewogenes privates Umfeld bei Problemen am Arbeitsplatz oder auch gesundheitlichen Schwierigkeiten (oder beidem) einen besseren Rückhalt bietet, sozusagen als eine Art Stresspuffer anzusehen ist. Anforderungen werden dadurch nicht so schnell zu Stressoren und Belastungsfaktoren. Wenn man jedoch allein lebt, dann fehlt genau dieser Rückhalt und etwaige berufliche und/oder gesundheitliche Schwierigkeiten können weniger gut verarbeitet werden.

In Tab. 6-15 soll dieser These von einer anderen Seite nachgegangen werden. Außerhalb eines funktionierenden partnerschaftlichen Haushalts sind auch Kinder ein Einflussfaktor auf die Gesundheit. Zum Einen können sie ebenfalls als Ausgleich für beruflichen Misserfolg gesehen werden, andererseits können sie selbst zum Stressor werden.



Signifikanztests: zwischen den Bedarfsgruppen $p < .05$ (Chi²-Test)

Abb. 6-13: Familienstand

Die Tabelle zeigt jedoch, dass keine dieser Thesen in diesem Beispiel bestätigt werden können. Es ergeben sich, bei der aufgezeigten Gruppierung, keine Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen. Stichprobenübergreifend haben demnach 48% der Patienten keine Kinder. Weitere 22% der Patienten geben an, ein Kind im Haushalt wohnen zu haben. Ein Drittel zieht mehr als ein Kind auf.

Tab. 6-15: Anzahl der Kinder gruppiert

Kinderzahl	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
keine Kinder	752	48,6	50	49,0	73	50,0	48	42,9	223	47,8
ein Kind	20	18,7	22	21,6	34	23,3	30	26,8	106	22,7
mehr als ein Kind	35	32,7	30	29,4	39	26,7	34	30,4	138	29,6

Signifikanztest: Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Die Analyse des Umweltkontextes offenbart folgende Erkenntnisse:

Die MBO⁺-Gruppe zeigt eine höhere Ausprägung in der Unterschicht, was nicht durch schlechtere Startbedingungen (Ausbildung, Tätigkeitsniveau), sondern durch unterschiedliche Einkommensniveaus bestimmt ist. Dieser Unterschied bleibt auch in einer getrennten Analyse von Erwerbstätigen und Arbeitslosen bestehen, muss also auf anderen Faktoren beruhen.

Zusätzlich verfügen MBO⁻-Patienten über ein besseres soziales Umfeld. Sie sind häufiger verheiratet, können also ihre Belastungen und Stresssituationen im Beruf besser im Privatleben ausgleichen

6.3 Körperfunktionen und -strukturen

Die Schädigungen und funktionellen Störungen auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen lassen sich in der vorliegenden empirischen Darstellung einerseits durch Experteneinschätzungen (also Arzturteile) und andererseits durch die Selbsteinschätzung der Patienten selbst operationalisieren.

Dabei wird versucht, mit Hilfe der einzelnen Diagnosen eines Patienten festzustellen, ob dieser allein ein Problem seines Muskel- und/oder Gelenkbereichs aufweist oder durch weitere Erkrankungen zusätzlich in seinen Körperfunktionen eingeschränkt ist. Eine solche Ko- oder Multimorbidität würde zu stärkeren Aktivitätseinschränkungen führen, was auf einen erhöhten Bedarf an beruflicher Orientierung hindeutet. Die Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen wird hier als Indikator für eine angenommene Multimorbidität verstanden. Dabei wird – aufgrund der unterschiedlichen Konzepte bzgl. der Multimorbidität – auf einen Grenzwert (etwa mindestens zwei unterschiedliche Diagnosen) verzichtet. Jedoch lässt sich eine entsprechende Aussage sofort aus der dargestellten Tabelle extrahieren.

Tab. 6-16: Anzahl unterschiedlicher Diagnosen (Aufnahmediagnosen, gruppiert nach Untergruppen)

Anzahl der Diagnosen	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
eine Diagnose	26	25,0	19	18,3	29	20,3	17	15,3	91	19,7
zwei Diagnosen	18	17,3	28	26,9	33	23,1	31	27,9	110	23,8
drei Diagnosen	27	26,0	23	22,1	35	24,5	27	24,3	112	24,2
vier Diagnosen	33	31,7	34	32,7	46	32,2	36	32,4	149	32,3

Zwischen den Bedarfgruppen: n.s.

Unterschiedliche Diagnosen werden aufgrund der Klassifikation der VDR-Statistik definiert

Aus Patientensicht wurden weiterhin Instrumente zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes verwendet, die einen ähnlichen Befund zulassen. Dazu gehören die Visuelle Analogskala des EuroQOL, eine Thermometerskala zur Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes als Globalmaß; des Weiteren zur Erhebung der psychischen Stabilität die Angst- und Depressivitätsskala des HADS (Hermann et al. 1995), und schließlich zur Messung der Stärke und des Ausmaß der Schmerzen drei numerische Ratingskalen, die den jeweils aktuellen, den durchschnittlichen und den stärksten Schmerz eines Patienten erfragen (wobei sich der durchschnittliche und der stärkste Schmerz auf einen Zeitraum von drei Monaten bezieht). Weiterhin kommt das Mainzer Stadienmodell zur Schmerzchronifizierung von Gerbershagen (1997) zum Einsatz, das den Chronifizierungsgrad in drei Schweregradstadien angibt. Es ist jedoch als generisches Instrument konzipiert, kann also nicht per se auf die relevante Erkrankung bezogen werden, sondern nur auf die Schmerzen im Allgemeinen. Das bedeutet, dass ein Chronifizierungsgrad 3 nicht zwingend bedeutet, dass die Erkrankung, die zur Aufnahme in die Maßnahme geführt hat, einen chronischen (progredienten) Verlauf zeigt. Es könnte sich auch um eine Nebendiagnose (wie Migräne) handeln, die den Schmerz verursacht. Allerdings ist diese Annahme eher weniger wahrscheinlich und

man kann durchaus davon ausgehen, dass die Schmerzchronifizierung größtenteils mit der Haupterkrankung in Beziehung steht.

Ein hier erkanntes strukturell oder funktionell körperliches Problem reicht – und das zeigt das Arbeitsmodell in Kapitel 2.4 – unter Umständen nicht aus, um einen MBO-Bedarf zu signalisieren. Vielmehr kann angenommen werden, dass eine stärkere Beeinträchtigung dieses Bereichs stärker mit einem MBO-Bedarf assoziiert ist, jedoch keine *zwingende* Voraussetzung darstellt.

Insgesamt besitzen die Patienten einen Mittelwert von 2,7 bei der Anzahl unterschiedlicher Diagnosen, was substanziiell auf zwei bis drei verschiedene Diagnosen pro Patient verweist. Zwischen den Gruppen werden keine Unterschiede deutlich. In Tab. 6-16 ist die Verteilung der Diagnosen nach den Untersuchungsgruppen dargestellt. Danach existieren pro Gruppe zwischen 15% und 25% Patienten mit nur einer Aufnahmediagnose. Man kann also davon ausgehen, dass die MSK-Population der Klinik in der Regel mit mehreren, wahrscheinlich mit dem Hauptproblem assoziierten, Erkrankungen zu kämpfen hat. Jedoch können keine Unterschiede zwischen den MBO⁺- und den MBO⁻-Patienten festgestellt werden.

Tab. 6-17: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes (gruppiert nach Quartilen)

aktueller Gesundheitszustand...	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
<i>schlecht</i>	32	29,6	37	35,9	23	15,4	15	12,8	107	22,4
<i>eher schlecht</i>	35	32,4	38	36,9	48	32,2	41	35,0	162	34,0
<i>eher gut</i>	18	16,7	7	6,8	28	18,8	25	21,4	78	16,4
<i>sehr gut</i>	23	21,3	21	20,4	50	33,6	36	30,8	130	27,3

Zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=33.423$, $p<.05$,

Gruppierung entspricht der Quartilsverteilung der Gesamtstichprobe

Bei der subjektiven Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes dagegen sind eindeutige Differenzen zwischen den beiden Bedarfsgruppen aufzeigbar. Während die MBO⁺-Patienten einen Wert von etwa 45 Skalenpunkten angeben (wobei 100 Skalenpunkte den besten denkbaren Gesundheitszustand symbolisieren), geben die Patienten, die laut Klinik-Kriterien keinen MBO-Bedarf aufweisen, einen Wert von etwa 55 Skalenpunkten an. Eine Quartilsverteilung, die die Stichprobe in vier gleich große Gruppen einteilt, unterstützt die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs. Danach weisen 62% bzw. 72,8% der MBO⁺-Patienten einen eher schlechten Gesundheitszustand auf, wogegen die MBO⁻-Patienten mit 47,6% bzw. 47,8% hier geringere Werte berichten (vgl. Tab. 6-17). Das bedeutet, dass die klinikinterne Differenzierung sich zu einem gewissen Teil in der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes widerspiegelt. Die Analyse der ärztlichen Diagnosen verweist jedoch darauf, dass dies unter Umständen eher mit einer schlechteren psychischen Konstitution denn einem körperlich unterschiedlichen Schweregrad zutun hat.

Innerhalb der randomisierten Aufteilung der beiden Gruppen können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Der Einzelvergleich Tamhane T2 zeigt demnach auch nur signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Bedarfsgruppen an.

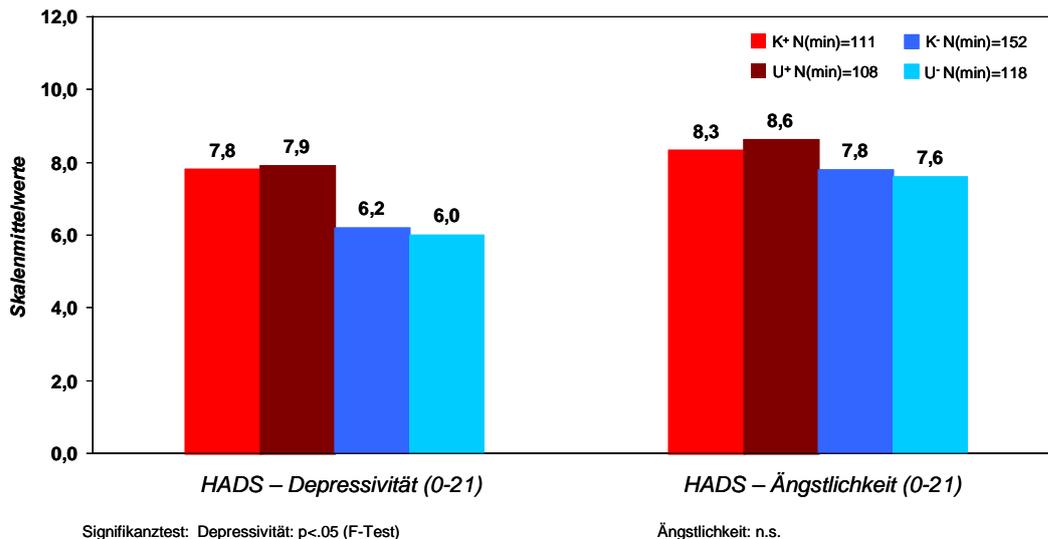


Abb. 6-14: HADS-Skalen Depressivität und Ängstlichkeit (hoch=auffällig)

Die These von der schlechteren psychischen Verfassung der MBO⁺-Patienten lässt sich durch die beiden Skalen des HADS überprüfen. Die Skalen messen das Ausmaß an Ängstlichkeit und Depressivität und können als Indikator für die psychische Stabilität verwendet werden. Neben den reinen Mittelwertvergleichen bietet das Instrument auch Schwellenwerte für unauffällige, grenzwertige, auffällige und schwer auffällige Patienten an.

Unterschiede sind auf der Ebene des gemessenen Grades der Depressivität vorhanden. Die MBO⁺-Patienten besitzen hier Mittelwerte von 7,8 bzw. 7,9 (auf einer Skala von 0=keine Depressivität bis 21=schwer auffällige Depressivität), während die MBO⁻-Patienten etwa drei Skalenpunkte darunter liegen (vgl. Abb. 6-14). Auch die Werte für die Ängstlichkeit sind zwischen den beiden Gruppen durchaus verschieden, jedoch kann hier keine statistische Signifikanz festgestellt werden. Der Mehrfachvergleich (also der Signifikanztest für die Unterschiede zwischen den vier Gruppen nach der Randomisierung) zeigt auf, dass tatsächlich nur für die Ebene des MBO-Bedarfs statistisch bedeutsame Ergebnisse hinsichtlich der Depressivität zustande kommen. Innerhalb der randomisierten Verteilung lassen sich für beide Skalen keine statistisch bedeutsamen Differenzen feststellen.

Die Verteilung der psychischen Schweregrad-Gruppen zeigt ein etwas detaillierteres Bild. Hier wird auch für den Fakt der Ängstlichkeit ein signifikantes Ergebnis für die beiden Bedarfsgruppen erzielt (vgl. Tab. 6-18, Chi²-Test für Kontingenztafeln). Unauffällige Patienten bzgl. der Depressivität, also Patienten, die einen Wert unter acht Skalenpunkten auf dieser Skala besitzen, sind in der MBO⁺-Gruppe zu 51,1% vertreten, während bei den MBO⁻-Patienten 60,1% als unauffällig eingestuft werden. Auffällig depressiv dagegen sind nur 13,0% dieser Gruppe. In der MBO⁺-Gruppe besteht immerhin für 24,6%, also fast den doppelten Anteil, die Diagnose auffällig depressiv.

Ein ähnliches Bild vermittelt die Schweregradeinteilung für die Ängstlichkeit. Die Hälfte der MBO⁻-Patienten (51,3%) sind unauffällig, jedoch nur 42,5% der MBO⁺-Gruppe. Als auffällig werden 25,5% der MBO⁻-Patienten eingestuft, bei den Patienten, die einen MBO-Bedarf signalisieren, sind es knapp 30%. Die Unterschiede sind also nicht so ausgeprägt wie bei der Depressivität, vermitteln jedoch dasselbe Bild: Patienten mit einem angenommenen Bedarf

an beruflicher Orientierung in der medizinischen Rehabilitation können als psychisch instabiler beschrieben werden. Dies unterstützt die oben aufgestellte These, dass dies die Unterschiede bei der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes stärker beeinflusst als der tatsächliche körperliche und funktionelle Zustand.

Tab. 6-18: Psychische Stabilität nach HADS Ängstlichkeit und Depressivität (gruppiert nach Grenzwerten)

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U		N / %	
	N / %		N / %		N / %		N / %			
HADS – Depressivität: Grenzwerte										
<i>unauffällig</i>	58	52,3	54	50,0	99	65,1	83	70,3	294	60,1
<i>grenzwertig</i>	26	23,4	27	25,0	29	19,1	24	20,3	106	21,7
<i>auffällig: schwer</i>	19	17,1	22	20,4	20	13,2	7	5,9	68	13,9
<i>auffällig: sehr schwer</i>	8	7,2	5	4,6	4	2,6	4	3,4	21	4,3
HADS – Ängstlichkeit: Grenzwerte										
<i>unauffällig</i>	47	42,3	46	42,6	79	51,6	60	50,8	232	47,3
<i>grenzwertig</i>	33	29,7	28	25,9	33	21,6	30	25,4	124	25,3
<i>auffällig: schwer</i>	22	19,8	16	14,8	31	20,3	25	21,2	94	19,2
<i>auffällig: sehr schwer</i>	9	8,1	18	16,7	10	6,5	3	2,5	40	8,2

Depressivität: zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=19.894$, $p<.05$

Angst: zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=19.789$, $p<.05$

Auch eine Zusammenhanganalyse zwischen der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Anzahl der Diagnosen auf der einen sowie dem Grad der psychischen Stabilität auf der anderen Seite bestätigt diese These. Die Berechnung eines Zusammenhangsmaßes (Korrelationskoeffizient nach Pearson, 0=kein Zusammenhang, -1/+1=absoluter – negativer/positiver – Zusammenhang) ergibt Korrelationskoeffizienten von 0.31 und 0.41 zwischen psychischer Verfassung und aktuellem Gesundheitszustand, während dieser nur einen Zusammenhang von 0.12 mit der Multimorbidität aufweist. Also ist die Einschätzung der eigenen Gesundheit stärker mit der psychischen Stabilität denn mit der Multimorbidität assoziiert. Natürlich muss diese These durch weitere Parameter der körperlichen Verfassung weiter untermauert werden, da der Fakt der Multimorbidität nicht der einzige und beste Indikator für körperliche und funktionelle Beschwerden ist. Allerdings muss auch angemerkt werden, dass dies nicht bedeutet, die Gesundheit würde stärker durch den psychischen Zustand bestimmt denn durch körperliche Parameter. Es scheint vielmehr die psychische Stabilität einen Einfluss auf das Bewertungsverhalten bzgl. der eigenen Gesundheit zu haben, so dass von diesem nicht unbedingt auf ein tatsächlich diagnostizierbares körperliches Problem geschlossen werden kann.

Die Schmerzen werden hier durch drei numerische Ratingskalen (0=kein Schmerz, 10=stärkster vorstellbarer Schmerz) operationalisiert, die nach dem Ausmaß der aktuellen

Schmerzen, den durchschnittlichen Schmerzen der letzten drei Monate und dem maximalen Schmerz in diesem Zeitraum fragen. Alle drei Skalen sind natürlicherweise hoch korreliert, haben also einen engen Zusammenhang zueinander (0.79 bis 0.85, nach Pearson). Demzufolge wird in dieser Analyse nur der durchschnittliche Schmerz im letzten Vierteljahr betrachtet. Die Abb. 6-15 macht deutlich, dass das Ausmaß der Schmerzen, ähnlich der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands, die Bedarfsgruppen signifikant voneinander trennt. Demnach schätzen sich die MBO⁺-Patienten um 0.7 Skalenpunkte höher ein als die Patienten der MBO⁻-Gruppe. Zwischen den randomisierten Gruppenverteilungen lässt sich auch hier kein signifikanter Unterschied feststellen.

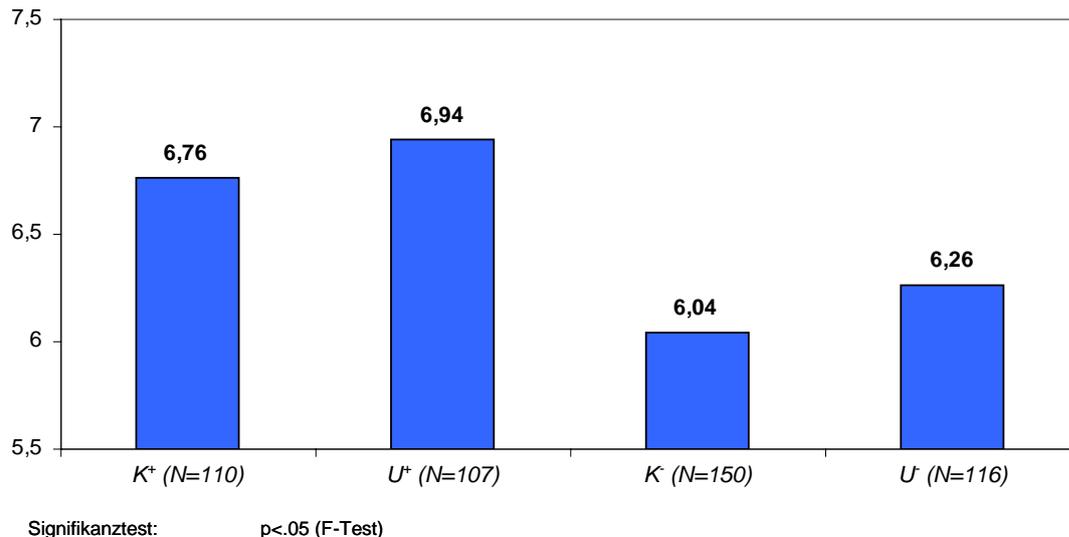


Abb. 6-15: Durchschnittliche Schmerzen in den letzten drei Monaten (Skala: 0-10)

Ein weiteres schmerzbezogenes Merkmal, das jedoch einen stabileren Zustand beschreibt, ist der Grad der Schmerzchronifizierung, gemessen nach dem Mainzer Stadienmodell von Gerbershagen (Gerbershagen 1997). Gerbershagen schreibt dazu, dass dieses Instrument relativ wenig sensitiv auf Interventionen reagiert; im Gegenteil, laut Autor ist es kaum möglich, die einzelnen Chronifizierungsgrade wieder zu senken, einzig eine weitere Verschlimmerung lässt sich durch eine adäquate Behandlung aufhalten. Auch gehört das Instrument zu den generischen Instrumenten, so dass man keinen Bezug zu einer bestimmten Erkrankung feststellen kann.

Das Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung wird auf vier inhaltlichen Achsen ermittelt, die sich auf die Lokalisation, die Häufigkeit und Stärke der Schmerzen sowie das individuelle schmerzbezogene Inanspruchnahmeverhalten beziehen. Daraus lassen sich ein Score und eben die Gradeinteilung (Grad I bis III) berechnen.

Berichtet wird an dieser Stelle die Einteilung in die drei Schweregrade. Tab. 6-19 zeigt eine – allerdings nicht signifikante – stärkere Besetzung des Schweregrades III bei den MBO⁺-Patienten an. Knapp 40% dieser Gruppe gegenüber 31,6% bei den Patienten ohne angenommenen MBO-Bedarf zeigen einen nicht unwichtigen Unterschied auf, von dem eine inhaltliche Relevanz angenommen werden kann. Dabei fällt v.a. auf, dass der Unterschied im Schweregrad sich nur auf die Stadien II und III bezieht. Im Stadium I der geringsten Chronifizierung von Schmerzen ist in beiden Teilgruppen mit etwa einem Fünftel ein gleich hoher

Anteil Patienten integriert. Der Unterschied zwischen MBO-Bedarf und herkömmlichem medizinischen Reha-Bedarf, so er aufgrund fehlender statistischer Signifikanz interpretierbar ist, ist also in den fortgeschritteneren Stadien ablesbar.

Tab. 6-19: Stadien der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen

Schmerz- chronifizierung	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Stadium I	16	20,0	17	21,0	25	22,5	14	17,7	72	20,5
Stadium II	30	37,5	34	42,0	56	50,5	35	44,3	155	44,2
Stadium III	34	42,5	30	37,0	30	27,0	30	38,0	124	35,3

Zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Neben diesen Instrumenten zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit können am Antragsverhalten auf Schwerbehinderung bzw. der Existenz derselben Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie stark die körperlichen Schädigungen unabhängig von der eigenen Einschätzung sind. Dies lässt eine weitere Überprüfung der subjektiven Einschätzungen bzgl. der Gesundheit zu, v.a. ob sich die Unterschiede der Bedarfsgruppen durch das Antragsverhalten replizieren lassen, denn Patienten – so die Hypothese – sollten bei schlechterem Gesundheitszustand eher eine anerkannte Schwerbehinderung aufweisen bzw. einen Antrag auf selbige gestellt oder in Planung haben.

Tab. 6-20 gibt das Antragsverhalten der einzelnen Gruppen auf Schwerbehinderung wieder. Wie ersichtlich unterscheiden sich die Bedarfsgruppen nicht in Bezug auf den Anteil derer mit anerkannter Behinderung. Man kann von etwa einem Drittel in jeder Gruppe ausgehen. Auch der Grad der Behinderung, in Prozent ausgedrückt, verrät mit durchschnittlich 35 bis 40 Prozentpunkten keine Gruppenunterschiede. Die Absicht, einen Antrag auf Schwerbehinderung zu stellen, erwachsen aus zunehmenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, verfolgen etwa 10 bis 12% der Patienten, ohne dass Gruppenunterschiede deutlich werden. Hieran lässt sich also nicht ablesen, dass der berichtete schlechtere Gesundheitszustand der MBO⁺-Gruppe sich in einer institutionalisierten Form niederschlägt. Man muss laut diesen Ergebnissen um so stärker davon ausgehen, dass die Selbsteinschätzungen eher durch die jeweilige psychische Verfassung geprägt sind.

Allerdings offenbaren sich signifikante Unterschiede der Bedarfsgruppen bzgl. eines Verschlimmerungsantrages. 45,6% der MBO⁺-Patienten haben den Antrag schon gestellt bzw. tragen sich mit der Absicht es zu tun. Dagegen sind es nur 26,3% der MBO⁻-Patienten mit einem solchen Begehren. Hier zeigt sich erstmals, dass die gesundheitlichen Unterschiede sich durchaus in unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten institutionalisierter Hilfe niederschlagen. Scheinbar setzt die Abgrenzung des MBO-Bedarfs auf der Ebene der KSF erst auf einem höheren Schweregrad an. Dies unterstützt auch der (allerdings nicht signifikante) Unterschied zwischen den Chronifizierungsstadien II und III.

Der klinisch diagnostizierte MBO-Bedarf definiert sich also auf der Ebene der KSF durch erhöhte psychische Instabilität, höhere Schmerzen in der früheren Vergangenheit, einen ten-

denziell höheren Chronifizierungsgrad und, wohl daraus resultierend, eine schlechtere Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes.

Tab. 6-20: Schwerbehinderung und Antragsverhalten auf Schwerbehinderung

Anerkannte Schwerbehinderung?	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
<i>Trifft zu</i>	32	28,8	36	34,3	44	30,1	36	30,5	148	30,8
Falls zutreffend: Prozent-Grad der Behinderung (N / aM)										
<i>% Behinderung</i>	28	40,0	33	33,3	41	36,5	34	39,3	136	37,1
Falls zutreffend: Antrag auf Verschlimmerung gestellt? (N / %)										
<i>Nein</i>	18	56,3	17	47,2	26	59,1	22	61,1	83	56,1
<i>Ja</i>	8	25,0	10	27,8	7	15,9	6	16,7	31	20,9
<i>Geplant</i>	5	15,6	8	22,2	3	6,8	5	13,9	21	14,2
<i>Abgelehnt</i>	1	3,1	1	2,8	8	18,2	3	8,3	13	8,8
Falls nicht zutreffend: Antrag auf Anerkennung gestellt? (N / %)										
<i>Nein</i>	72	91,1	60	87,0	94	92,2	70	85,4	296	89,2
<i>Ja</i>	4	5,1	8	11,6	5	4,9	4	4,9	21	6,3
<i>Geplant</i>	3	3,8	1	1,4	3	2,9	7	8,5	14	4,2
<i>Abgelehnt</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	0,3

Anerkannte Schwerbehinderung: zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

GdB: zwischen den Bedarfsgruppen (t-Test): n.s.

Antrag auf Verschlimmerung: zwischen den Bedarfsgruppen: $\chi^2=9,352$, $p<.05$.

Antrag gestellt: zwischen den Bedarfsgruppen: n.s.

Die institutionellen Merkmale verzeichnen eine geringere Erklärungskraft. Die Anzahl unterschiedlicher Diagnosen, die hier als Indikator für multimorbide Tendenzen verwendet wurde, produziert kein Erklärungspotenzial. Dies bedeutet nicht, dass eine inhaltliche Analyse der Diagnosen hier nicht doch Gruppenunterschiede offenbaren würde. Das Antragsverhalten bzgl. anerkannter Schwerbehinderung kann erst auf der Ebene der Anerkennung der Verschlimmerung Unterschiede nachweisen. Dies könnte darauf verweisen, dass MBO⁺-Patienten schon etwas länger mit ihrer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit zu kämpfen haben.

Insgesamt wird der angenommene MBO-Bedarf jedoch weniger stark durch die Schädigungen der Strukturen und die funktionellen Beeinträchtigungen des Körpers erklärt.

6.4 Zwischenfazit

Die Bedarfsgruppen, so die deskriptive Analyse, unterscheiden sich in verschiedenen Bereichen substantiell voneinander. Zusammenfassend lassen sich über die Struktur des von der Klinik diagnostizierten MBO-Bedarfs folgende synoptische Erkenntnisse ziehen:

In erster Linie offenbaren sich die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Insbesondere die Instrumente, welche sich mit spezifischen Rollenanforderungen in verschiedenen Lebensbereichen auseinandersetzen, tragen zur Erklärung der Gruppenunterschiede bei. Dies betrifft auch die Konfrontation mit dem beruflichen Kontext.

Dagegen können auf der Ebene der Körperstrukturen und –funktionen sowie im individuellen und umweltbezogenen Kontext geringere Erklärungspotenziale extrahiert werden. Einzig die spezifisch auf die Maßnahme bezogenen Erwartungen innerhalb des individuellen Kontextes zeigen größere Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen.

Im Weiteren soll eine multivariate Analyse der Gruppenunterschiede *potenzielle Prädiktoren* eines MBO-Bedarfs identifizieren. Dazu wird als Basis die Klinikeinteilung den Instrumenten gegenüber gestellt, die die Gruppen am besten diskriminieren können. Bei der Auswahl der Instrumente, die in diese Analyse einfließen, soll darüber hinaus eine möglichst umfassende Darstellung der Bereiche der ICF erreicht werden. Die schrittweise Eliminierung der einzelnen Variablen kann dann die Bereiche identifizieren, die prädiktiv für einen MBO-Bedarf sind.

Dazu wird eine Diskriminanzanalyse berechnet, die versucht, die herkömmliche Gruppenverteilung der Bedarfsgruppen durch alternative Informationen neu zu berechnen. Dadurch kann ein direkter quantitativer Vergleich zwischen tatsächlicher und errechneter Verteilung die Güte der Diskriminierung durch die integrierten Instrumente bestimmen. Die prozentuale Übereinstimmung sollte über 50% liegen, da bei angenommener absoluter Nicht-Diskriminierung der Gruppen durch die Instrumente, also quasi zufällig, immer noch 50% der Patienten richtig zugeordnet werden würden.

Jedoch sollte der Vergleichswert noch höher angesetzt werden. Die Klinik hat bestimmte Kriterien formuliert, nach denen die Patienten der MBO⁺-Gruppe zugeordnet werden. Diese Kriterien sind in Kapitel 2 in der Abb. 2-1 aufgeführt. Es handelt sich um die Existenz oder das Begehren eines Rentenantrags, längere Arbeitslosigkeit vor der Aufnahme in die Klinik, Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme sowie längere AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens und schließlich eindeutige funktionelle Defizite. Diese inhaltlichen Kriterien lassen sich quantitativ nachzeichnen. Die Übereinstimmung zwischen errechneter und wahrer Verteilung soll als Vergleichsmaß und Standard fungieren, so dass der Übereinstimmungswert aus der Analyse der erklärungsstärksten Variablen mindestens so hoch sein muss, um überhaupt eine relevante Modellverbesserung zu erwirken. Sollte der Wert tatsächlich substanziell darüber liegen, so sind die MBO-Eingangskriterien der Klinik daraufhin zu überprüfen, ob u.U. die Einbeziehung weiterer empirischer Kennwerte die Auswahl beruflich problematischer Fälle zu verbessern hilft.

Die erste Diskriminanzanalyse wurde dementsprechend mit den folgenden die Klinik-Kriterien operationalisierenden Variablen berechnet:

Tab. 6-21: Operationalisierung der MBO-Einschlusskriterien der Klinik

MBO-Einschlusskriterien der Klinik	Operationalisierung der Kriterien
Renten(-begehren)	Rentenantrag gestellt? → ja, geplant, abgelehnt
Längere Arbeitslosigkeit	Länge der Arbeitslosigkeit vor der Maßnahme in Tagen
Arbeitsfähigkeit	Arbeitsunfähig bei Aufnahme
Längere AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens	Länge der AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens in Wochen
Eindeutige funktionelle Defizite	Körperliche Summenskala des SF-36

Das Ergebnis zeigen Tab. 6-22 und Tab. 6-23. Die in der zweiten Spalte der Tab. 6-22 aufgeführten Koeffizienten sind der Strukturmatrix entnommen und können als Korrelation zwischen der Variablen und der standardisierten Diskriminanz-Funktion, die die vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit bestimmt, interpretiert werden. Demnach erklärt die körperliche Summenskala des SF-36 mit einem Wert von -0.61 die größte Varianz des Gesamtmodells, gefolgt von den beiden Informationen zur Arbeitsfähigkeit des Patienten. Eine relativ kleine Erklärungskraft besitzen das Rentenantragsbegehren und die Länge der Arbeitslosigkeit. Mit diesem Modell können insgesamt 17,5% der Varianz der Gruppenverteilung erklärt werden, was für eine eher kleine Erklärungskraft des Modells spricht.

Tab. 6-22: Statistische Kennwerte der Diskriminanzanalyse mit den Klinikparametern

Integrierte Variablen	Korrelation mit der Diskriminanzfunktion	F-Test (Signifikanzniveau)
Körperliche Summenskala SF-36	-0.608	27,058 (p<.05)
Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme	-0.563	23,224 (p<.05)
AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens	0.537	21,143 (p<.05)
Arbeitslosigkeitszeiten vor der Maßnahme	0.393	8,277 (p<.05)
Rentenbegehren	0.336	11,323 (p<.05)

Wilks-Lambda=0.825, $R^2=17,5\%$, $Ch^2=65,915$, $p<.05$

Tab. 6-23: Reklassifizierung der MBO-Gruppen durch das verwendete Modell

		vorhergesagt	
		MBO-	MBO+
original	MBO-	88,1% (177)	11,9% (24)
	MBO+	46,3% (68)	53,7% (79)

73,6% der ursprünglichen gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert

Von den 348 Patienten, die aufgrund vollständiger Angaben in allen Variablen in das Modell einbezogen wurden, können insgesamt 73,6% richtig den beiden Gruppen zugeordnet werden. Dies ist ein überzufälliger Wert (>50%), er bleibt jedoch hinter den Erwartungen zurück. Vor allem die geringe Erklärungskraft für die Gruppe der MBO⁺-Patienten (53,7%) sei hier angemerkt. Die MBO⁻-Patienten lassen sich mit 88,1% durch die angegebenen Instrumente sehr viel besser zuordnen.

Die zweite Diskriminanzanalyse soll überprüfen, ob es Parameter gibt, die einen besseren oder gleich guten prädiktiven Wert für die Identifikation eines MBO-Bedarfs besitzen. Tab. 6-24 stellt diese, in Abhängigkeit vom jeweiligen ICF-Bereich, dar. Es wurde versucht, aus jedem Bereich die Variablen herauszufiltern, die, gemessen an T-Test bzw. Chi²-Wert, die größten Erklärungen für die Trennung der beiden MBO-Gruppen besitzen.

Tab. 6-24: Integrierte Modellvariablen zur Erklärung der MBO-Gruppenverteilung

ICF-Bereich	Instrumente
<i>Aktivitäten/ Partizipation</i>	PDI Beruf – schmerzbezogene Beeinträchtigungen im Beruf Länge der AU-Zeiten im letzten Jahr vor der Maßnahme (in Wochen) Körperliche Rollenfunktion des SF-36
<i>Beruflicher Kontext</i>	Belastungen aus der Arbeitsumgebung Gefährdungsniveau (vgl. S.44, Fußnote)
<i>Individueller Kontext/ Persönlichkeit</i>	Institutionelle Anregung zur Rehabilitation Hoffnung: Beratung in sozialrechtl. Fragen
<i>Umweltbezogener Kontext</i>	Einkommensgruppen
<i>Körperstrukturen und -funktionen</i>	HADS Angst

Es wurde ein schrittweises Ausschlussverfahren gewählt, indem die Variablen wieder ausgeschlossen wurden, deren Integration keine Verbesserung des Modells bewirkte. Als Maß für die Verbesserung wurde die Zuordnungsquote zu den beiden MBO-Gruppen definiert. Auf diese Weise blieben in der endgültigen Modellierung sechs Informationen enthalten (in der Tabelle fett markiert): der *PDI Beruf*, die *Länge der AU-Zeiten* sowie die *Körperliche Rollenfunktion des SF-36* aus dem Bereich der Aktivitäten und der Partizipation, der *Gefährdungsniveau* aus dem beruflichen Kontext und schließlich die *institutionelle Anregung zur Rehabilitation* und die *Hoffnung auf sozialrechtliche Beratung* aus dem individuellen Kontext. Die Instrumente des umweltbezogenen Kontextes und der Körperstrukturen und –funktionen verblieben aus bekannten Gründen nicht im Modell. Dies spricht für die geringe Relevanz dieser Bereiche bei der Definition der MBO-Bedarfs.

Die Tab. 6-25 und Tab. 6-26 zeigen das Ergebnis der Diskriminanzanalyse. Die Korrelationen der Variablen mit dem Gesamtmodell liegen zwischen 0.47 und 0.61. Dabei wird deutlich, dass insbesondere die berufsbezogenen Variablen für die Gruppenverteilung verantwortlich zu machen sind. Es werden insgesamt 37,4% des Gesamtmodells mit diesen Vari-

ablen erklärt. Die Re-Klassifizierung zeigt eine Übereinstimmungsquote von 81,4% der 381 in die Analyse integrierten Patienten, wobei die MBO⁺-Gruppe mit 78,4% eine um mehr als 20%-Punkte verbesserte Zuordnung gegenüber den Klinikparametern aufweist.

Als Erkenntnis aus dieser multivariaten Überprüfung sollte nicht der Schluss gewagt werden, dass die empirisch ermittelten Variablen besser für die Darstellung eines MBO-Bedarfs geeignet wären als die Klinikparameter, denn die Operationalisierung der Klinikparameter beruht auf einer Näherung an die verwendeten Kriterien. Es sollte immer ein Bias in der Validität berücksichtigt werden. Jedoch konnte gezeigt werden, dass ein auf empirischen Kriterien beruhendes standardisiertes Verfahren ähnlich gute Ergebnisse hervorbringt wie die Klinik-einteilung.

Tab. 6-25: Statistische Kennwerte der Diskriminanzanalyse mit empirisch ermittelten Parametern

Integrierte Variablen	Korrelation mit der Diskriminanzfunktion	F-Test (Signifikanzniveau)
<i>PDI Beruf</i>	0.609	84,002 (p<.05)
<i>AU-Zeiten im letzten Jahr</i>	0.561	71,324 (p<.05)
<i>Gefährdungsindex</i>	0.535	64,724 (p<.05)
<i>Körperliche Rollenfunktion SF-36</i>	-0.519	60,887 (p<.05)
<i>Inst. Anregung zur Rehabilitation</i>	0.470	50,046 (p<.05)
<i>Hoffnung: Beratung sozialrechtl. Fragen</i>	0.467	49,267 (p<.05)

Wilks-Lambda=0.626, R²=37,4%, Chi²=176,069, p<.05

Tab. 6-26: Reklassifizierung der MBO-Gruppen durch das verwendete Modell

		vorhergesagt	
		MBO-	MBO+
original	MBO-	83,8% (176)	16,2% (34)
	MBO+	21,6% (39)	78,4% (132)

81,4% der ursprünglichen gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert

Es wäre demnach zu überlegen, den diagnostischen Prozess durch die Verwendung eines standardisierten Fragebogens zu ergänzen. Dies würde in der Aufnahmeroutine der Klinik zu einer Qualitätssteigerung führen, sind doch die Entscheidungsprozesse damit transparenter und v.a. besser bewertbar. Ein solcher Fragebogen kann natürlich nicht aus der obigen Analyse allein entwickelt werden. Es sind sowohl Validitätsprüfungen an alternativen Stichproben als auch Erfolgsanalysen notwendig, um ein solches Instrument zu entwickeln. Diese Analyse stellt jedoch die Basis einer solchen Entwicklung dar. Gesetzt den Fall, die hier extrahierten Variablen wären als relevant zu betrachten, so würde der anschließende Fragebogen eine Seite an Fragen nicht überschreiten und wäre in der Handhabung einfach genug, um in der Routine eines klinischen Diagnostikprozesses einsetzbar zu sein.

7 Kurzfristige Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse der Patientenbefragung direkt nach Ende der Reha-Maßnahme werden in diesem Kapitel dargestellt. Dabei wird sich auf die folgenden fünf Bereiche konzentriert:

1. *allgemeine und spezifische Patientenzufriedenheit bzgl. der Reha-Maßnahme*
2. *Ermittlung von Komponenten der weiteren Prozessqualität*
3. *Darstellung von (kurzfristig messbaren) Veränderungen der funktionellen Gesundheit*
4. *Intentionen von Verhaltensänderungen bzgl. des gesundheitlichen Risikoverhaltens*
5. *Einschätzungen der eigenen Partizipationsmöglichkeiten in Beruf und Alltag*

Die einzelnen Parameter des kurzfristigen Reha-Erfolgs erlangen unterschiedliche Relevanz in der Frage des spezifisch beruflich orientierten Erfolgs der Maßnahme. Dem wird sich zu Beginn eines jeden Abschnittes gesondert zugewandt, so dass ersichtlich wird, inwiefern über die einzelnen Zielvariablen eine Aussage bzgl. des MBO-Erfolgs der Klinik getroffen werden kann.

Eine solche Aussage ist nur innerhalb der Bedarfsgruppen im Vergleich der Randomisierungsgruppen möglich. Diese sind so gewählt, dass mögliche konkurrierende Hypothesen in Bezug auf einen Effekt zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe laut Annahme der zufälligen Zuteilung der Patienten zu den beiden Gruppen nicht beachtet werden müssen. Allerdings existieren trotz der randomisierten Verteilung Unterschiede zwischen den jeweiligen Vergleichsgruppen. Darauf wurde eingangs schon hingewiesen. Eine randomisierte Zuteilung sagt noch nichts über die tatsächliche Verteilung von Störgrößen aus, einzig die gleiche Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Störgrößen in den beiden Gruppen ist anzunehmen.

Das bedeutet im Einzelnen: Die beiden Gruppen mit einem diagnostizierten MBO-Bedarf unterscheiden sich dahingehend, dass die Patienten mit MBO-Behandlung einen geringeren Anteil an Arbeitslosen zu verzeichnen haben und Unterschiede in der Aufnahmediagnose zeigen. Die Unterschiede der beiden Gruppen ohne einen MBO-Bedarf können folgendermaßen charakterisiert werden: Die Gruppe mit MBO-Behandlung ist mehr physischen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt, kommt eher aus dem Handwerk als aus den privaten oder öffentlichen Dienstleistungen, hat eine höhere Quote an erfolgreichen Wiedereingliederungsversuchen in der Vergangenheit zu verzeichnen und besitzt eine geringere Ziel-erwartung bzgl. ihrer späteren beruflichen Teilhabe.

Die genannten Parameter bilden die Unschärfe bei der Gleichverteilung der randomisierten Gruppen. Sie sollten, so ein empirisch begründbarer Effekt auf die zu erklärende Zielvariable besteht, in einem Schätzmodell mit kontrolliert werden. Somit können im Vergleich der jeweiligen Randomisierungsgruppen also tatsächlich die Unterschiede als Effekte der spezifischen MBO-Behandlung angesehen werden. Dabei kontrolliert der Vergleich der beiden MBO⁺-Gruppen, ob die spezielle Behandlung tatsächlich ein besseres Reha-Ergebnis produziert, während an einem Vergleich der beiden MBO⁻-Gruppen abgelesen werden kann, ob u.U. auch andere Patienten als die von der Klinik definierten von einer solchen beruflich orientierten Maßnahme profitieren.

Ein Vergleich zwischen MBO⁺- und MBO⁻-Patienten ist in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll. Die MBO⁺-Patienten unterscheiden sich – abseits der klinikinternen Kriterien bei der Zuweisung zur MBO-Behandlung – in weiteren substanziellen Parametern: Sie sind jünger, tendenziell eher männlich, eher aus unteren sozialen Schichten, häufiger alleinstehend bzw. –wohnend, aus kleineren Betrieben des Handwerks und Anforderungen im Beruf weniger gut gewachsen. Sie weisen längere AU-Zeiten im letzten Jahr vor der Maßnahme auf, sind häufiger von Kündigung bedroht, geben insbesondere in der Selbsteinschätzung eine schlechtere Gesundheit an, können als psychisch weniger stabil beschrieben werden und besitzen eine schlechtere Reha- und auch Berufskarriere.

Daraus und mit Analyse bisheriger empirischer Ergebnisse können folgende Annahmen gebildet werden: Jüngere Patienten äußern sich in der Regel kritischer zum Reha-Aufenthalt (u.a. Bührlen-Armstrong et al. 1998). Darüber hinaus kann bei einer schlechteren beruflichen Ausgangslage davon ausgegangen werden, dass höhere Ansprüche in Bezug auf die Effekte der reha-medizinischen Behandlung geäußert werden. MBO⁺-Patienten werden also nach der Rehabilitation dieselbe sehr viel kritischer betrachten und u.U. ihre überzogenen Erwartungen in schlechteren Bewertungen die Klinik betreffend äußern, insbesondere was die berufsbezogenen Aspekte betrifft. Man sollte also sehr vorsichtig sein, was ein Vergleich der Effekte zwischen MBO⁺- und MBO⁻-Patienten betrifft. Wirklich substanzielle Aussagen können nur innerhalb der Bedarfsgruppen getroffen werden. Deshalb steht dieser Vergleich auch im Mittelpunkt der folgenden Analysen. Der Vollständigkeit halber und um die getroffenen Annahmen zu überprüfen, werden alle vier Gruppen dargestellt. Signifikanztests werden jedoch nur innerhalb der Bedarfsgruppen berechnet. Aus pragmatischen Gründen wird die MBO⁺-Gruppe mit entsprechender Behandlung in den weiteren Abschnitten als U⁺-Gruppe, die ohne das entsprechende Treatment K⁺-Gruppe genannt. Analog erfolgt die Benennung der beiden MBO⁻-Gruppen U⁻ für die Patienten mit Behandlung und K⁻ für ihr Pendant ohne Behandlung.

Prinzipiell können sich Effekte auf drei Ebenen zeigen. Dementsprechend soll hier von drei Evaluationsebenen gesprochen werden. Auf der Klinikebene geht es um die Bewertung des Modells „Klinik Niedersachsen“ im Allgemeinen und die MBO-Behandlung im Besonderen. Insbesondere die Analyse der Prozessqualität und die Patientenzufriedenheit mit bestimmten Bereichen der Klinik liefern hier Erkenntnisse. Auf der Ebene des Patienten selbst können mittelbar Verbesserungen der funktionellen Gesundheit und der berufsbezogenen Teilhabechancen auf die spezifische Behandlungssituation projiziert werden, um so aktivitäts- und teilhabeorientierte Effekte der MBO-Behandlung zu ermitteln. Als dritte Ebene fungiert schließlich die reha-organisatorische Ebene. Die hier anzunehmenden Effekte bzgl. der Umsetzung gegebener Maßnahmen und des weiteren Patientenmanagements kann erst durch die Analyse der katamnestischen Daten untersucht werden.

7.1 Spezifische Erwartungen an die Rehabilitation und retrospektive Bewertung

Die Patientenzufriedenheit ist als Outcome-Variable für die Qualität einer Behandlung durchaus geeignet. Jedoch sind gewisse Einschränkungen vorzunehmen, insbesondere in Bezug auf die Bewertung spezifischer Bereiche der Behandlung.

Die Patientenzufriedenheit stellt ein emotionales Abbild des vergangenen Aufenthaltes dar. Als solches ist es natürlich ein hochsensitiver Parameter zur Messung des Reha-Erfolgs und in diesem Sinne oft von verschiedenen, in der Maßnahme geschehenen Ereignissen und natürlich der individuellen Arzt-Patient- bzw. Therapeut-Patient-Beziehung abhängig (Raspe et al. 1996). Sie ist laut Literatur gut geeignet zur Darstellung der allgemeinen Qualität des Klinikprozesses, z.T. auch sinnvoll bei der Einzelbewertung von unterschiedlichen (Behandlungs-)Aspekten und der Betreuung in der Einrichtung. Die Patientenzufriedenheit kann jedoch nur bedingt ein Indikator für gelungenes berufliches Partizipationsmanagement sein. Dafür wird die Zufriedenheit mit der Rehabilitation zu kurzfristig nach der Rehabilitation erhoben, so dass die eigentlich der beruflichen Orientierung zugeschriebenen Effekte noch nicht zum Tragen gekommen sind und vom Patienten noch nicht wahrgenommen werden können. Darüber hinaus ist das Urteil des Patienten durchsetzt von oft weniger die Behandlung betreffenden Faktoren wie z.B. der Unterbringung an sich oder etwa der Qualität des Essens.

Jedoch ist es notwendig, innerhalb der Evaluation solche Aspekte des Reha-Erfolgs näher zu betrachten, denn auch die Zufriedenheit mit der Behandlung wird als legitimes Ziel gesundheitlicher Versorgung angesehen (ebd.). So besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Patienten und seiner Compliance. Zufriedene Patienten bzw. solche, deren Erwartungen zu einem höheren Maße erfüllt werden, arbeiten aktiver mit den Experten an der Lösung bzw. Verbesserung ihrer problematischen Situation mit. Dies erhöht den Erfolg einer Maßnahme, was auch innerhalb der beruflichen Orientierung thematisierbar ist. Die Frage ist hier, ob das berufliche Partizipationsmanagement im Kontext der gesamten Versorgung in der Klinik auf empirischer Ebene identifizier- und bewertbar dargestellt werden kann.

Man ist sich einig darüber, dass Vergleichsanalysen zur Patientenzufriedenheit sinnvoll und sogar wichtig sind, um Schwachpunkte und besondere „Highlights“ der Behandlung identifizieren zu können. Ein gutes Beispiel hierfür ist das 5-Punkte-Programm der Rentenversicherung (z.B. Schliehe 1994), innerhalb dessen gerade solche Zufriedenheitsparameter eingesetzt werden, um eine Qualitätssteigerung in der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Vergleichende Analysen heißt im empirischen Sinne nichts Anderes, als dass die absoluten Werte solcher Zufriedenheitsmessungen oft mit großen Deckeneffekten belegt sind. Demzufolge wird sich in der Erfolgskontrolle darauf konzentriert, über relative Werte Informationen im Sinne eines „besser als“ zu bekommen. Dem wird der sogenannte Klinikvergleich im genannten Qualitätssicherungsprogramm gerecht bzw. die Einordnung der erhaltenen Werte in einen längsschnittartigen Rahmen durch Vergleich mit Werten vergangener Zeitperioden.

In diesem Kapitel wird sich größtenteils auf die allgemeine Darstellung der Patientenzufriedenheit konzentriert, wobei die in Kapitel 4 aufgezeigten beruflich orientierten Aspekte dieser Bewertung einer gesonderten Betrachtung näher gebracht werden. Letztlich für die Evaluation relevante Ergebnisse werden am Schluss dieses Abschnittes präsentiert und durch den Vergleich der jeweiligen Randomisierungsgruppen bewertet.

7.1.1 Deskriptive Analyse der Patientenzufriedenheit

Tab. 7-1 fasst zusammen, welchen Faktoren der Reha-Behandlung die Patienten größere Bedeutsamkeit zukommen lassen. Dabei wurde die ursprünglich fünfstufige Skala in eine

verkürzte Dreierform rekodiert, wobei die beiden jeweils äußeren Ausprägungen zusammengefasst dargestellt werden. Es sind die vier Items ausgewählt, die eine besondere inhaltliche Relevanz zur beruflichen Orientierung der Klinik besitzen. Die beiden ersten Items „Bäder/Massagen“ und „viel Freizeit“ sind dabei eher Faktoren einer herkömmlichen Behandlung. Dies zeigt auch der Vergleich der beiden MBO⁺-Gruppen.

Tab. 7-1: Bedeutsamkeit verschiedener Faktoren der Reha-Behandlung (zusammengefasste Items)

Wie bedeutsam waren die Bereiche...?	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									N / %
...Bäder/Massagen										
nicht/etwas	6	6,6	17	18,9	21	16,7	14	14,4	58	14,4
mäßig	9	9,9	12	13,3	15	11,9	12	12,4	48	11,9
ziemlich/sehr	76	83,5	61	67,8	90	71,4	71	73,2	298	73,8
...viel Freizeit										
nicht/etwas	16	17,6	12	13,5	23	18,7	9	8,9	60	14,9
mäßig	16	17,6	33	37,1	31	25,2	37	36,6	117	29,0
ziemlich/sehr	59	64,8	44	49,4	69	56,1	55	54,5	227	56,2
...berufsbezogene Beratung										
nicht/etwas	55	61,8	44	49,4	83	77,6	63	67,0	245	64,6
mäßig	18	20,2	19	21,3	12	11,2	12	12,8	61	16,1
ziemlich/sehr	16	18,0	26	29,2	12	11,2	19	20,2	73	19,3
...psychologische Betreuung										
nicht/etwas	67	77,9	46	54,8	80	75,5	68	73,1	261	70,7
mäßig	8	9,3	16	19,0	14	13,2	7	7,5	45	12,2
ziemlich/sehr	11	12,8	22	26,2	12	11,3	18	19,4	63	17,1

Signifikanztest (Chi²-Test)

Bäder: MBO⁺ Chi²=7.326, p<.05, MBO⁻ n.s.

Freizeit: MBO⁺ Chi²=8.633, p<.05, MBO⁻ Chi²=6.134, p<.05

berufsbezogene Beratung: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

psychologische Betreuung: MBO⁺ Chi²=10.214, p<.05, MBO⁻ n.s.

Mit 83,5% meinen signifikant mehr Patienten der K⁺-Gruppe, dass ihnen die eher passiv und entspannend wirkenden Behandlungen durch Massagen und Bäder wichtig waren. Dagegen ist nur 67,8% der U⁺-Gruppe diese Behandlungsmethode sehr bzw. ziemlich bedeutsam. Noch extremer stellt sich die Situation bei der Bedeutsamkeit von viel Freizeit während des Reha-Aufenthaltes dar. Auch hier sind es 15% mehr Patienten der K⁺-Gruppe, denen dieser Punkt sehr wichtig war, jedoch bewegt sich dieser Unterschied auf einem niedrigeren Niveau

und ist dementsprechend als bedeutsamer anzusehen. Dies zeigt auch der höhere Chi²-Wert dieser Verteilung.

Ein genau spiegelverkehrtes Bild stellen die beiden unteren Items dar, die sich auf andere Bereiche der Behandlung beziehen. Zum Einen ist der U⁺-Gruppe die berufsbezogene Beratung, ein Element des beruflichen Partizipationsmanagements, häufiger sehr oder ziemlich wichtig (29,2% gegenüber 18%), zum Anderen scheint die psychologische Betreuung, innerhalb des Aufenthaltes in der Klinik Niedersachsen ebenfalls ein originäres Element der MBO-Behandlung, den U⁺-Patienten wichtig zu sein. Mehr als doppelt so viele wie in der K⁺-Gruppe gaben hier an, dass dies für sie sehr/ziemlich bedeutsam war. Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass der Unterschied bei der Verteilung des Items „berufsbezogene Beratung“ nur statistisch signifikant wird, wenn die Ausprägung „sehr/ziemlich“ gegen die beiden anderen Ausprägungen getestet wird. Auf dieser Ebene wird der Unterschied also auch inhaltlich bedeutsam. Allgemein wird deutlich, dass bei der Beschreibung der Unterschiede immer an dieser Ausprägung das relevante Charakteristikum der Einschätzung abgelesen werden konnte. Einzig bei der psychologischen Betreuung setzt sich die erkannte Tendenz auch in der Ausprägung „mäßig“ fort (19% - 9,3%). Zusammengekommen ist demnach 45,2% der U⁺-Gruppe dieser Aspekt der Behandlung sehr bedeutsam, jedoch nur 22,1% der K⁺-Gruppe.

Anhand der Bedeutsamkeit lässt sich noch nichts über etwaige Effekte der MBO-Behandlung aussagen. Sie ist lediglich ein Hinweis darauf, welche Schwerpunkte die berufliche Orientierung der Klinik setzt. Dies zeigen auch die – allerdings nicht signifikanten – Unterschiede in den Vergleichsgruppen der MBO⁻-Patienten. Die, welche die MBO-Behandlung erhielten, messen der berufsbezogenen und psychologischen Beratung tendenziell eine größere Bedeutung bei.

Tab. 7-2: Anteil der Patienten, die nach entsprechender Zielformulierung das Ziel als erreicht ansahen (Mehrfachnennungen möglich)

Ziele erreicht	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
<i>individuell med.</i>	50	56,8	47	52,8	82	67,8	57	62,6	236	60,7
<i>institutionell med.</i>	21	31,3	20	30,3	23	33,8	23	41,8	87	34,0
<i>psycho-soziale</i>	36	69,2	32	74,4	61	75,3	49	86,0	178	76,4
<i>berufsbezogene</i>	21	31,8	17	23,9	41	42,7	30	50,0	109	37,2

Signifikanztest (Chi²-Test)

individuelle med. Ziele: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

institutionelle med. Ziele: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

psycho-soziale Ziele: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

berufsbezogene Ziele: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

Als erster Outcome-Faktor kann die in Tab. 7-2 dargestellte Zielerreichung angesehen werden. Allerdings ist die Information als Selbsteinschätzung vom Patienten erhoben worden, kann also nicht dieselbe Qualität aufweisen wie etwa Zielformulierungen und -einschätzungen, die in der Kommunikation von Patient und Klinik getroffen werden. Trotz-

dem soll die Information nicht unberücksichtigt bleiben, den Erkenntnissen sollte jedoch nicht allzu viel Gewicht beigemessen werden. In Kapitel 4 wurden die acht vorgegebenen Items schon inhaltlich zusammengefasst, die in der Tabelle wiederzufinden sind.

Tab. 7-3: Anzahl der Beanstandungen insgesamt (gruppierte Darstellung)

Anzahl der Beanstandungen	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻			
	N / %								N / %	
keine	23	24,2	29	30,9	57	44,2	39	38,2	148	35,2
eine	34	35,8	32	34,0	31	24,0	43	42,2	140	33,3
mehr als eine	38	40,0	33	35,1	41	31,8	20	19,6	132	31,4

Signifikanztest (Chi²-Test)

MBO⁺ n.s., MBO⁻ Chi²=9.524, p<.05

Es lassen sich, so die kurze Einschätzung der Ergebnisse, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen finden. Dies verwundert, ist jedoch als empirisches Problem der Erhebung von Zieleinschätzungen anzusehen. Absolut betrachtet meinen die meisten Patienten, die Behandlung hätte das von ihnen vorgegebene Ziel der Verbesserung individueller gesundheitlicher Parameter (Erhöhung körperliche Funktionsfähigkeit, Nachlassen von Beschwerden) bzw. eine psycho-soziale Verbesserung erreicht. Wenn man die Werte als subjektive Erfolgsquote definiert, so kann die Klinik in diesen beiden Bereichen eine Quote von 76% und 61% vorweisen. Geringeren Einfluss hat die medizinische Behandlung der Klinik aus Patientensicht auf institutionelle medizinische bzw. berufsbezogene Ziele. Hier können nur ein Drittel der Patienten befriedigt werden. Es wird – im Vergleich der beiden Bedarfsgruppen – deutlich, dass die Teilnahme an der MBO-Behandlung diese Einschätzung nicht erklären kann. Systematisch ist einzig der Unterschied zwischen MBO⁺ und MBO⁻ insgesamt: MBO⁺-Patienten urteilen bei der Zielerreichung flächenübergreifend kritischer, was eingangs schon angenommen wurde.

Tab. 7-4: Aspekte der Reha-Maßnahme, die zu beanstanden waren (ausgewählte Items)

Ziele erreicht	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻			
	N / %								N / %	
Indiv. Betreuung	21	22,1	12	12,8	20	15,5	9	8,8	62	14,8
Diagnostik	11	11,6	14	14,9	24	18,6	5	4,9	54	12,9
Beratung	25	26,3	19	20,2	23	17,8	9	8,8	76	18,1

Signifikanztest (Chi²-Test)

individuelle Betreuung: MBO⁺ n.s., MBO⁻ n.s.

Diagnostik: MBO⁺ n.s., MBO⁻ Chi²=9.742, p<.05

Beratung: MBO⁺ n.s., MBO⁻ Chi²=3.871, p<.05

Ein solches Bild vermitteln auch die kritischen Anmerkungen der Patienten in Bezug auf den Aufenthalt. Es werden von den MBO⁺-Patienten mehr Beanstandungen hervorgebracht (Tab. 7-3), innerhalb der Bedarfsgruppen kann kein einheitliches Muster erkannt werden. Jeweils

ein Sechstel bis ein Siebtel der gesamten Stichprobe hat in den dargestellten Bereichen etwas zu beanstanden, wobei überraschend die K-Gruppe, also die Gruppe mit herkömmlichen medizinischer Rehabilitation, die diese auch bekam, signifikant mehr Beanstandungen anbringt als die Gruppe U.

Inhaltlich wird der Unterschied auf der Ebene der Diagnostik und Beratung deutlich (Tab. 7-4). Die U-Gruppe ist hier mit 4,9% und 8,8% am zufriedensten. Das ist wohlgerne die Gruppe, die trotz weniger starker berufsbezogener Probleme eine in diesem Bereich intensivierte Maßnahme bekam. Man könnte die These vertreten, dass hier das Sprichwort „Viel hilft viel“ angebracht erscheint, die Patienten also – obwohl u.U. nicht bedarfsadäquat behandelt – insgesamt eine zufriedeneren Haltung besitzen, die gemessen an ihrer Problematik die meisten Leistungen aus dem Bereich der Diagnostik und Beratung erhalten. Beide Bereiche sind zudem Aspekte, die mit einer direkten und intensiven Auseinandersetzung der jeweiligen Experten mit dem Patienten verbunden sind, was vom Patienten um so höher honoriert wird, je mehr er davon erhält. Die These kann jedoch nur auf der Bedarfslage der MBO-Patienten aufrecht erhalten werden. Die beiden Gruppen mit berufsbezogener Bedarfslage unterscheiden sich hier weder inhaltlich noch quantitativ.

7.1.2 Einfluss der MBO-Behandlung auf die Patientenzufriedenheit

Um den Bereich des beruflichen Partizipationsmanagements tatsächlich bewertbar zu machen, wird nun versucht, die unterschiedlichen Dimensionen von Reha-Erwartungen, die sich in Kapitel 4 andeuteten, empirisch darzustellen. Dazu werden die Hoffnungen, die vor Beginn an die Rehabilitation gestellt wurden, einer faktoranalytischen Betrachtung zugeführt. Eine Faktorenanalyse versucht, systematische Ähnlichkeiten in der Beantwortung verschiedener Items zu finden und diese Items zu Faktoren oder auch Komponenten zusammenzufassen.

In Tab. 7-5 ist zu sehen, dass sich drei inhaltliche Faktoren herauskristallisieren, die auch in anderen, der Analysestichprobe vergleichbaren Patientendatensätzen repliziert werden konnten: Psycho-soziale Unterstützung, „Besinnung und Erklärung“ und berufliches Partizipationsmanagement. Im Kopf der Tabelle sind die jeweiligen Erklärungsanteile der Faktoren an der Gesamtvarianz dargestellt. Danach können insgesamt 55% der gesamten Varianz der 12 Items durch diese drei Faktoren erklärt werden. Dies ist in der sozialwissenschaftlichen Forschung ein annehmbarer Wert. Für die Relevanz der Zusammenfassung spricht ebenfalls die hohe Kommunalität, d.h. die Erklärungskraft der Faktoren für die einzelnen Items und der hohe KMO-Wert zur Güte des Modells (in den Anmerkungen ablesbar).

In der Tabelle selbst sind nun die jeweils höchsten Ladungen, die die Items auf den Faktoren besitzen, dargestellt. Diese Ladungen entscheiden darüber, welchem Faktor das jeweilige Item zuzuordnen ist. Demzufolge wird auch der inhaltliche Name des Faktors gewählt. Auf dem ersten Faktor laden ausnahmslos die Items hoch⁶, die sich mit der psychischen Verfassung der Patienten innerhalb des Aufenthaltes auseinandersetzen (blau gekennzeichnet). Die grünen Items dagegen – alles Elemente einer herkömmlichen Behandlung im Sinne einer „Kur“ – können zum Faktor „Besinnung und Erklärung“ zusammengefasst werden. Die kleinste noch sinnvoll darstellbare Erklärungskraft befindet sich auf der Ebene der berufli-

⁶ Natürlich laden ausnahmslos alle Items auf jedem Faktor, da die Ladung die Item-Faktor-Korrelation repräsentiert. Interpretiert wird jedoch immer nur die jeweils höchste Item-Faktor-Beziehung pro Item.

chen Orientierung. Auf diesem Faktor – genannt berufliches Partizipationsmanagement – laden die beiden Items, die sich mit der beruflichen und der sozialrechtlichen Lage des Patienten auseinandersetzen. Das Item „Ruhe haben“ kann schließlich nicht eindeutig zu einem der drei Faktoren dazugerechnet werden und wird deshalb in der folgenden Analyse ausgeklammert. Tendenziell jedoch lädt es negativ auf dem Faktor „berufliches Partizipationsmanagement“ und positiv auf „Besinnung und Erklärung“.

Die drei Faktoren deuten darauf hin, dass im Erwartungshorizont der Patienten im Großen und Ganzen drei Bereiche eine zentrale, wenn auch verschieden starke Rolle spielen. Diese drei Bereiche sind exakt im Sinne des bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffs der WHO interpretierbar. Es ist verfrüht, anhand dieser Stichprobe Aussagen über die Relevanz der drei Bereiche bei der Erwartungshaltung der Patienten machen zu können, doch deutet sich an, dass die originär herkömmliche Methode der rehamedizinischen Behandlung zugunsten stärker psychologisch ausgerichteter Behandlungskonzepte in den Hintergrund tritt. Dies ist u.U. ein Zeichen einer veränderten Bedarfslage auch in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Jedoch muss eine solche These an größeren Stichproben verifiziert werden, um größere Gewissheit zu erlangen. Zweitens wird allgemein deutlich, dass Erwartungen eine mehrdimensionale Struktur besitzen (Faller et al. 2000), innerhalb der die berufliche Orientierung eine eigenständige Rolle einnimmt (Streibelt & Müller-Farnow 2004).

Tab. 7-5: Faktorenstruktur der Hoffnungen an die Reha-Maßnahme

Variablen	Psycho-soziale Unterstützung (21,8%)	„Besinnung und Erklärung“ (20,6%)	berufliches Partizipationsmanagement (12,2%)
<i>Zeit für mich</i>		0,71	
<i>Pflegerische Betreuung</i>		0,62	
<i>Verschiedene Untersuchungsmethoden</i>		0,65	
<i>Erfahren, was mit fehlt</i>		0,62	
<i>Erklärung über Behandlung</i>		0,61	
<i>Persönliche Probleme besprechen</i>	0,69		
<i>Psychologische Betreuung</i>	0,84		
<i>Psychol. Betreuung v. Angehörigen</i>	0,73		
<i>Seelsorgerische Betreuung</i>	0,76		
<i>Klärung und Besserung berufl. Situation</i>			0,72
<i>Sozialrechtliche Beratung</i>			0,67
Interne Konsistenz nach Cronbach's Alpha	.78	.70	.59
<i>Ruhe haben</i>	keine eindeutige Zuordnung möglich		

Anmerkungen: Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, KMO=0.80 („verdienstvoll“), erklärte Varianz 54,6%, Extraktion bei Eigenwert>1, Kommunalitäten von 0.46 bis 0.74, dargestellt sind nur die jeweils höchsten Ladungen

Um die beruflich orientierte Behandlung der Klinik durch die patientenseitigen Zufriedenheitsangaben nach der Rehabilitation bewerten zu können, werden die Items, welche auf einem gemeinsamen Faktor laden, zu Mittelwertskalen zusammengefasst. Dieselbe Prozedur wurde bei den Bewertungen der Items am Ende der Maßnahme wiederholt, wobei aus Gründen der Vergleichbarkeit der Skalen die Struktur von t_1 übernommen wurde. Um das angesprochene Problem der Deckeneffekte umgehen bzw. überzogene Erwartungen stärker relativieren zu können, wurden die Skalen z-standardisiert, das bedeutet, dass sich stichprobenübergreifend ein Mittelwert von Null und eine Standardabweichung von Eins ergibt. Gruppenbezogene Werte über Null können dementsprechend als höhere Erwartungen bzw. bessere Bewertungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe interpretiert werden, Unterschiede zwischen den Gruppen sind direkt als Effektstärken ablesbar. Als absolute Größen können die z-Gruppenmittelwerte allerdings nicht interpretiert werden.

In Abb. 7-1 und Abb. 7-2 sind die standardisierten Mittelwerte auf der Ebene der Vergleichsgruppen dargestellt, wobei ein Vergleich von t_1 , also Beginn der Rehabilitation, und t_2 erfolgt. Auf der Ebene der psychologischen Betreuung wird deutlich, dass sich die MBO^+ -Patienten eine stärker auf diesen Bereich ausgerichtete Maßnahme wünschen als die MBO^- -Patienten. Dies ist ein Ergebnis, welches schon in Kapitel 4 beschrieben wurde. Die Bewertungen (dunkelblaue Balken) zeigen, dass die Teilnahme an der MBO-Behandlung die Bewertung der psychologischen Betreuung erklären kann. Unter Kontrolle von Arbeitslosigkeit und schmerzbezogener Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen ergibt sich ein signifikanter Effekt zwischen den beiden Vergleichsgruppen U^+ und K^+ über die Zeit. Ein ähnliches Ergebnis wird zwischen den Gruppen U^- und K^- ausgewiesen (Varianzanalyse mit Messwiederholung, Kontrolle erfolgt hier für berufliche Zukunft und physische Belastungen).

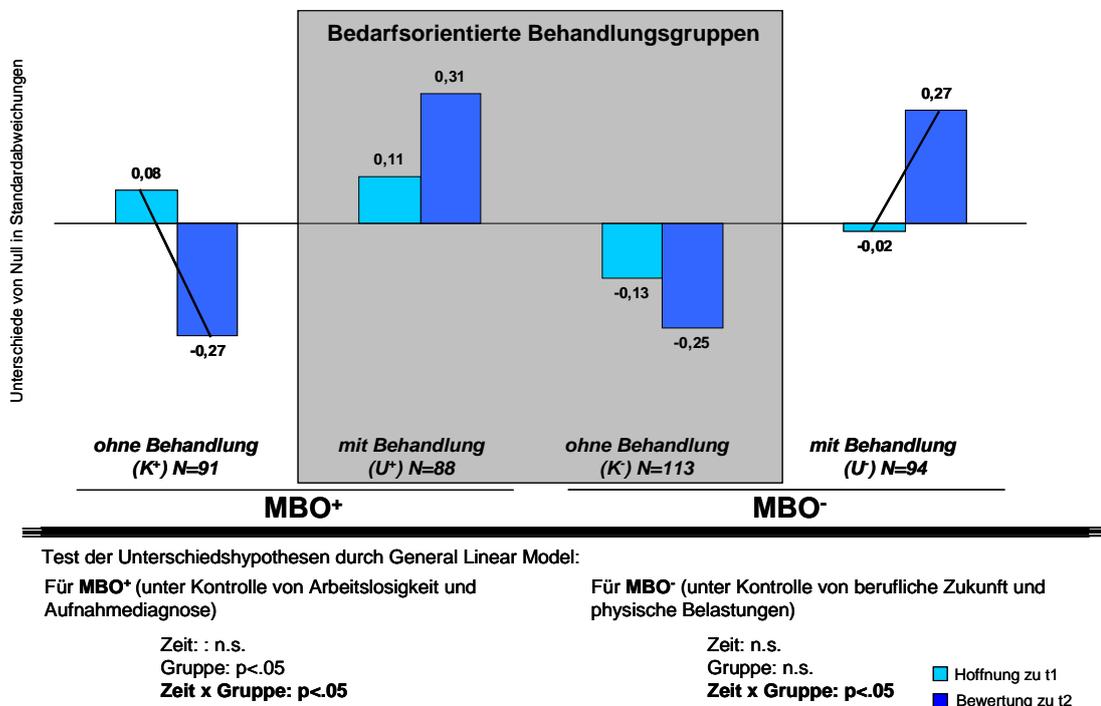


Abb. 7-1: Hoffnung und Bewertung der Versorgung durch psycho-soziale Unterstützung (z-standardisierte Mittelwerte)

Sehr viel deutlicher werden die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen auf der Ebene des beruflichen Partizipationsmanagements (Abb. 7-2). Beide MBO⁺-Gruppen gehen mit höheren Erwartungen in die Behandlung (0,39/0,35), wobei die U⁺-Gruppe eine aus ihrer Sicht bedarfsgerechte Behandlung erhielt, während die Kontrollgruppe sich enttäuscht bezüglich der beruflichen Schwerpunktsetzung zeigt. Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, wird die Kontrollgruppe trotz eines MBO-Bedarfs nicht in das MBO-Modell integriert. Hier zeigt der Test der Unterschiedshypothese unter Kontrolle der bekannten Größen einen signifikanten Einfluss der Wechselbeziehung von Zeit x Gruppe, was dafür spricht, dass die bessere Bewertung der U⁺-Gruppe tatsächlich nicht zufällig zustande kommt. Analog unterscheiden sich die MBO⁻-Gruppen nicht in der Erwartung beruflicher Orientierung (-0,42/-0,27), wobei die K⁻-Gruppe sich entsprechend der geringeren Erwartungen auch in der Bewertung zurückhält, also eine bedarfsgerechte Behandlung bekam, während die U⁻-Gruppe sich positiv überrascht gibt.

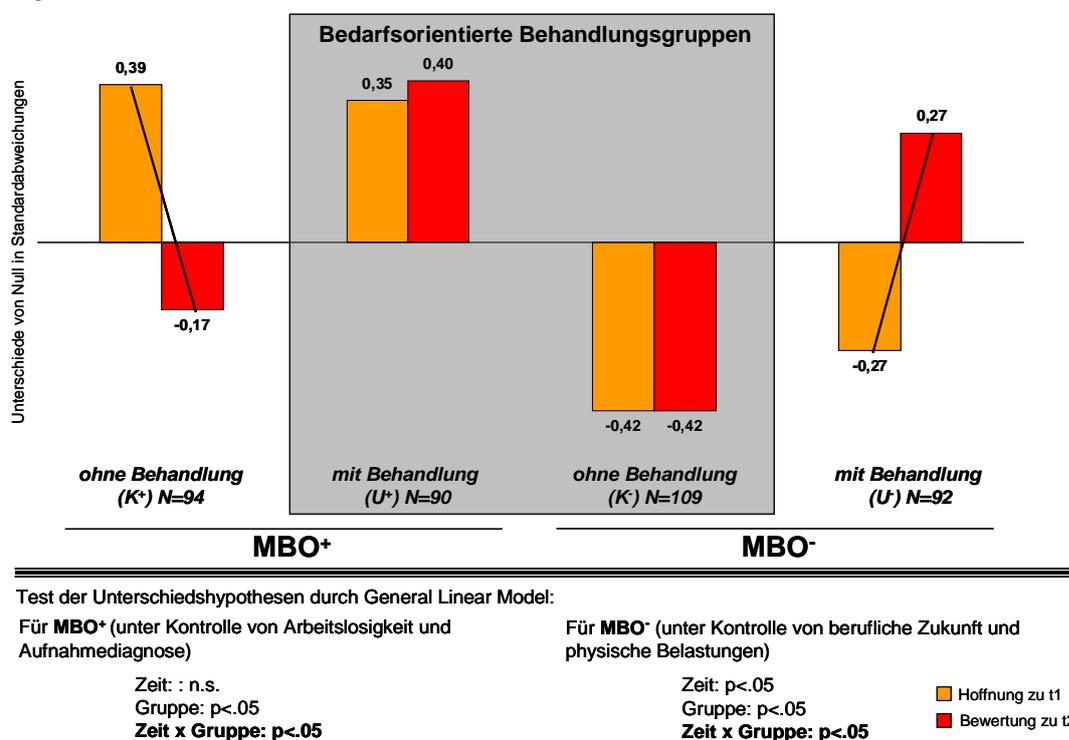


Abb. 7-2: Hoffnung und Bewertung der Versorgung durch berufliches Partizipationsmanagement (z-standardisierte Mittelwerte)

Wie kann das Ergebnis eingeschätzt werden? Für einen Erfolg des MBO-Modells der Klinik spricht die positive Einschätzung der U⁺-Gruppe. Dagegen oder zumindest verwirrend ist die ebenfalls positive Einschätzung der U⁻-Gruppe. Eine Möglichkeit bietet die Interpretation der Erwartungs-Bewertungsdifferenz als Indikator für eine erwartungsgerechte Behandlung. Man kann die Zufriedenheit mit der beruflichen Orientierung also als Indikator für eine gute Patientenorganisation ansehen, innerhalb der die Patienten erwartungsgerecht behandelt werden. Die Kriterien zur Einteilung in MBO⁺ und MBO⁻ können relativ genau dem individuellen Bedarf, den die Patienten durch ihre Erwartungen formulieren, gerecht werden (ablesbar an der hohen Übereinstimmung von Erwartung und Bewertung). Auf der Ebene der psychologischen Betreuung kann sogar von einer größeren Schwerpunktsetzung der Klinik im Vergleich zur individuellen Erwartung der Patienten gesprochen werden.

7.1.3 Einfluss der MBO-Behandlung auf die allgemeine Haltung zur medizinischen Rehabilitation

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Klinik die Einstellung der Patienten zur Rehabilitation verändert hat. Dazu wurden die Patienten nach der Maßnahme gefragt, ob ihre Haltung der medizinischen Rehabilitation gegenüber – im Vergleich zu Beginn der Maßnahme – nun optimistischer oder pessimistischer bzw. gleich geblieben ist. Zusätzlich konnten die Patienten von der Aussage „kann ich nicht sagen“ Gebrauch machen.

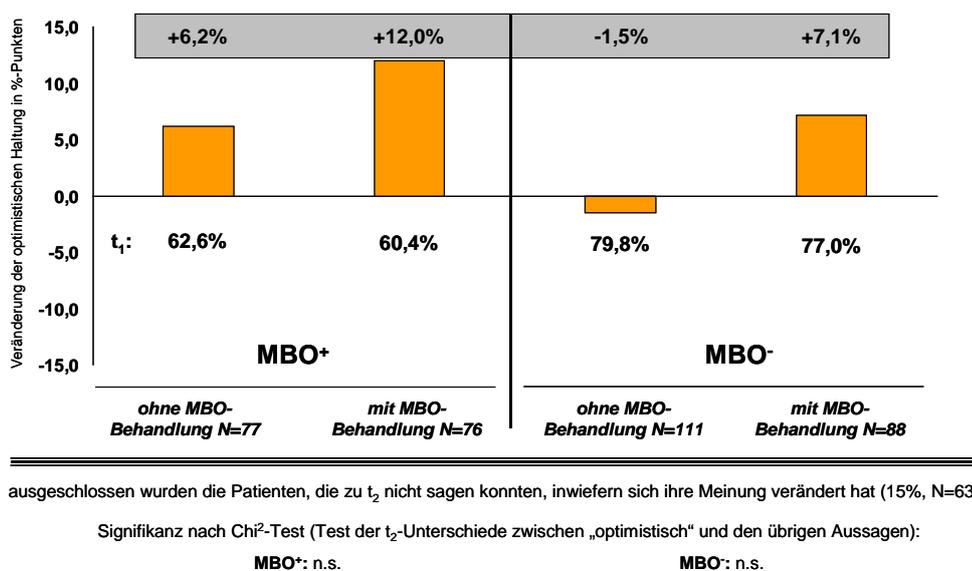


Abb. 7-3: Veränderung der optimistischen Haltung zur medizinischen Rehabilitation durch den Aufenthalt in der Klinik

Die abschließende Abb. 7-3 zeigt das Ergebnis dieser Einschätzung. Um eine relative Vergleichbarkeit der beiden Zeitpunkte zu erreichen, wurde die Einschätzung zu t₂ als Relativierung der Eingangsfrage benutzt, indem Patienten, die nun meinten, optimistischer zu sein, einen Skalenpunkt mehr bekamen als zu Reha-Beginn, die Patienten mit pessimistischerer Haltung analog einen Skalenpunkt weniger. Patienten mit unveränderter Haltung bekamen ihren Anfangswert zugewiesen, Patienten ohne Meinung wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Dies betraf 15% der Stichprobe (N=63).

Die Abbildung zeigt die Veränderung der optimistischen Haltung im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Maßnahme⁷. Durch den Aufenthalt in der Klinik konnten insgesamt mehr Patienten zu einer überwiegend optimistischeren Haltung bewegt werden, wobei zwischen den jeweiligen Vergleichsgruppen Unterschiede darstellbar sind. Die U⁺-Gruppe verzeichnet die größten Verbesserungen (+12%-Punkte), allerdings ist diese Steigerung im Vergleich mit den 6%-Punkten der Kontrollgruppe K⁺ nicht signifikant. In der MBO⁻-Gruppe konnte dagegen die Gruppe U⁻ einen höheren Anteil an optimistischeren Patienten ausweisen. Doch auch dieser Unterschied kann im Signifikanztest nicht als statistisch bedeutsam herausgestellt werden.

⁷ Die Skalenpunkte wurden analog zu t₁ zusammengefasst zu optimistisch, keine klare Meinung, skeptisch (vgl. S.48).

Insgesamt wird durch diese abschließende Abbildung deutlich, was sich durch die gesamte Analyse der Zufriedenheitsparameter zieht: Die MBO-Behandlung zeigt Effekte dahingehend, dass insgesamt höhere Zufriedenheitswerte erreicht werden. Insbesondere behandlungsspezifische Einschätzungen und Bewertungen zeigen dies. Jedoch erfolgt die positivere Bewertung auch bei den Patienten, die eigentlich nicht originär für die beruflich orientierte Behandlung vorgesehen sind. Das bedeutet, dass das MBO-Modell der Klinik die Zufriedenheit allgemein erhöht – so teilgenommen wird – und dadurch zu einer Qualitätssteigerung der allgemeinen Klinikprozesse beiträgt. Vor allem im psychologischen und berufsbezogenen Bereich wird dies deutlich. Ob sich aus diesen höheren Zufriedenheitswerten auch tatsächliche Verbesserungen in Parametern der funktionellen Gesundheit ableiten lassen, müssen weitere Analysen zeigen.

7.2 Bewertungen der Prozessqualität der Klinik

Die Bewertung der Prozessqualität der Klinik soll in diesem Kapitel Gegenstand der Betrachtung sein. Allerdings ist dies nur in eingeschränktem Maße möglich. Prinzipiell sollen drei verschiedene Bereiche abgebildet und – wo möglich – auch bewertet werden. Diese drei Bereiche sind im Einzelnen:

- a) *das Informationsmanagement der Klinik in bezug auf die Ergebnisse und Konsequenzen der Behandlung*
- b) *die Akteure der Klinik bzgl. deren MBO-Informationsmanagement und deren Bewertung aus Patientensicht*
- c) *die Vergabe weiterführender Maßnahmen und die Wahrnehmung dieser Maßnahmen beim Patienten*

Es geht also in erster Linie um das Kommunikationsmanagement. Frage hier wäre: Wie bzw. wie gut schafft es die Klinik, dem Patienten das MBO-Modell der Klinik und die Konsequenzen der gesamten Behandlung verständlich zu machen? Es werden sowohl Parameter der allgemeinen Prozessqualität der Klinik als auch spezielle Bewertungsmaßstäbe der beruflichen Orientierung betrachtet. So lassen sich allerdings weniger Effekte der MBO-Behandlung als vielmehr Nuancen der Qualität der allgemeinen Informationspolitik der Klinik darstellen, wobei ein Problem hierbei fehlende Vergleichswerte sein werden. Die Erkenntnisse dieses Kapitels sollen dementsprechend als Hilfestellung für die Klinik angesehen werden, ihre eigenen Prozesse zu reflektieren und offensichtliche Schwachstellen deutlich zu machen.

Etwas stärker ergebnisbezogen und ebenfalls auf der Ebene des Patientenmanagements angesiedelt, ist die Analyse der Vergabe weiterführender Empfehlungen. Auf dieser Ebene sind zwei Problemstellungen relevant:

Wird dem Patienten (insbesondere in der beruflichen Perspektive) kommuniziert, welche Empfehlungen er bekommt, welchen Bedarf er also aus Sicht der Klinik nach der Maßnahme noch hat? Dabei geht es um eine Gegenüberstellung der institutionell formulierten Empfehlungen im Entlassungsbericht und der Wahrnehmung dieser Empfehlungen aus Patientensicht. Im Idealfall sollten diese Angaben sich decken. Dabei können auch MBO-bezogene Hypothesen formuliert werden. So könnte man annehmen, dass die intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Beruf in der Untersuchungsgruppe U⁺ diese in stärkerem Maße

in die Lage versetzt, ihren potenziellen weiterführenden beruflich orientierten Bedarf zu kennen. Gleichzeitig, wenn dies als Artefakt der Auseinandersetzung mit beruflichen Problemen angesehen wird, sollte auch die Gruppe U⁻, also die Gruppe ohne diagnostizierten MBO-Bedarf, jedoch mit Teilnahme am MBO-Modell, ebenfalls eine höhere Sensibilität diesbezüglich im Vergleich zur Gruppe K⁻ an den Tag legen.

Zweitens stellt sich die Frage, von welchen Parametern eine Empfehlung für die weitere Prüfung von LTA-Maßnahmen abhängt. Zum Einen kann aus theoretischer Perspektive argumentiert werden: Ein MBO-Bedarf impliziert, dass eine berufliche Problematik vorliegt, die u.U. zu einer Anregung weiterführender LTA-Maßnahmen führen könnte, so die beruflich orientierte medizinische Rehabilitation der Klinik nicht ausreicht, diese Problematik zu beheben oder spürbar zu verbessern. Allerdings wäre dies eine Definition von MBO, die voraussetzt, dass die Diagnostik der Klinik zu Beginn der Maßnahme schon in der Lage ist, einen solchen weiterführenden Bedarf vollständig zu erkennen. Es kann jedoch vorkommen, dass sich ein solcher Bedarf erst im Laufe der Behandlung materialisiert. Existieren also – empirisch gesprochen – über die reine MBO-Bedarfsfeststellung hinaus weitere Variablen, die die Vergabe von weiterführenden LTA-Empfehlungen erklären? Dies könnte Implikationen für eine Weiterentwicklung der Eingangsdagnostik beinhalten, die zu formulieren wären.

Es kommen in diesem Kapitel nur bedingt Erfolgsparameter zum Zuge, vielmehr wird die Ebene „Klinik“ stärker beleuchtet, insbesondere die Qualität der (beruflichen) Bedarfsfeststellung in Bezug auf das MBO-Modell wird näher untersucht.

7.2.1 Bewertung des allgemeinen Informationsmanagements der Klinik

Den Anfang macht die Bewertung des Informationsmanagements im Allgemeinen. Die Patienten wurden gefragt, wie sie das Abschlussgespräch mit dem behandelnden Arzt hinsichtlich der Ergebnisse der Maßnahme und den sich daraus ergebenden Konsequenzen beurteilen. Sie konnten auf einer fünfstufigen Skala von „ausgezeichnet“ bis „völlig unzureichend“ antworten.

In Abb. 7-4 sind die Ergebnisse, getrennt nach den Vergleichsgruppen, dargestellt. Die Kategorien wurden so zusammengefasst, dass die beiden jeweils äußeren Kategorien als „gut informiert“ und „schlecht informiert“ interpretierbar werden. Rund 40% der MBO⁻- und etwa 55% der MBO⁺-Patienten fühlen sich im Abschlussgespräch vom behandelnden Arzt gut über die Ergebnisse der Behandlung informiert. Der Unterschied deutet auf die schon mehrmals angesprochene kritischere Einstellung der MBO⁺-Patienten hin, die sich nicht aus einer schlechteren Bewertung der Klinik speist, sondern einer allgemein kritischeren Haltung entstammt. Unterschiede zwischen den Randomisierungsgruppen gibt es nur auf der Ebene der MBO⁻-Patienten. Hier hat die Gruppe U⁻ (mit MBO-Behandlung) mit 90% guter und ausreichender Bewertung eine positivere Bewertung vorgenommen als die Gruppe K⁻ (77%). Dies könnte unter Umständen dafür sprechen, dass die Patienten der Gruppe U⁻ eine durch die MBO-Behandlung bedingte intensivere Betreuung erhalten als sie vor der Maßnahme erwartet hatten. Auch im vorigen Kapitel hat sich schon angedeutet, dass diese Gruppe besonders zufrieden war.

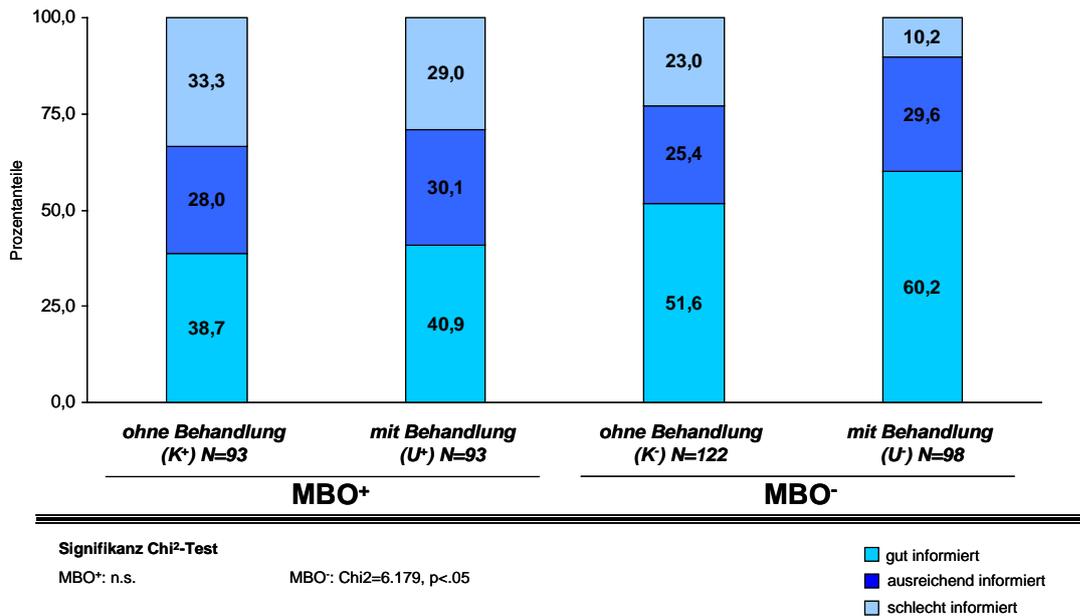


Abb. 7-4: Bewertung des Abschlussgesprächs bzgl. der Ergebnisse der Maßnahme

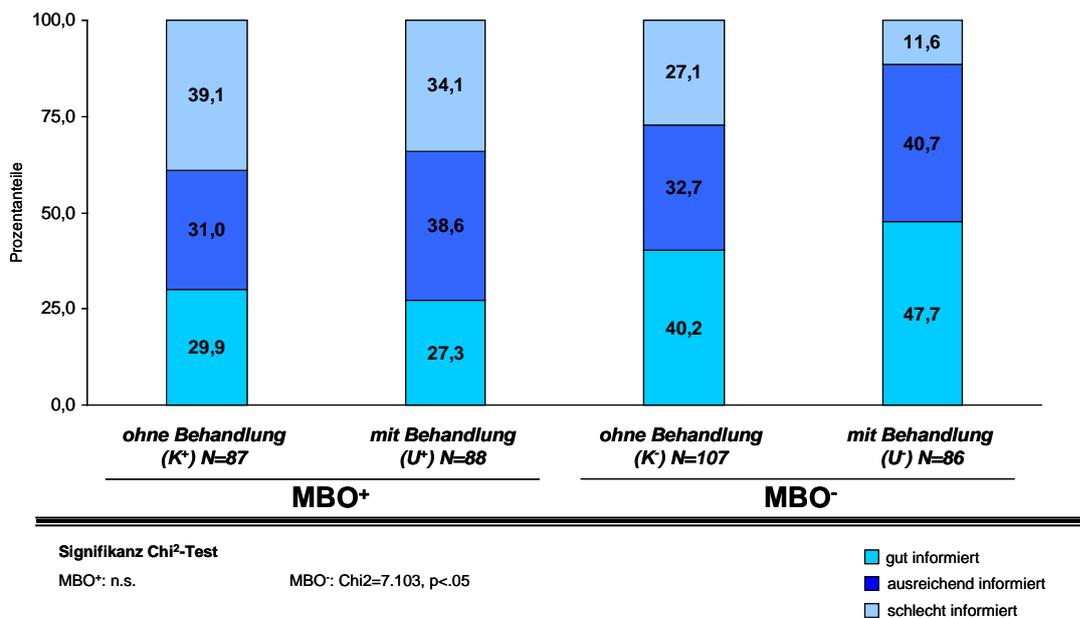


Abb. 7-5: Bewertung des Abschlussgesprächs bzgl. der Konsequenzen der Maßnahme

Etwas verhaltener sind die Bewertungen der Informationen über die Konsequenzen der Behandlung im Vergleich zu denen der Ergebnisse (Abb. 7-5). Die Kategorie „gut“ verringert sich gruppenübergreifend um etwa 10%-Punkte. Jedoch von der Tendenz her betrachtet werden die Bewertungen der Abb. 7-4 repliziert. Es ergeben sich dieselben, schon berichteten Relationen zwischen den Gruppen: Die MBO⁻-Patienten sind in ihrer Bewertung positiver, die U⁻-Gruppe ist die mit der besten Bewertung. Allerdings muss hier einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es weniger Patienten gab, die dieses Item ausfüllten. Scheinbar hatten einige Patienten Schwierigkeiten, die Begriffe „Ergebnisse“ und „Konsequenzen“ in-

haltlich adäquat zu trennen. Deshalb verweigerten sie in der Frage nach der Bewertung in Bezug auf die Konsequenzen der Behandlung die Antwort.

Insgesamt zeigt sich, dass die MBO⁺-Patienten mit etwa 70% eine geringere Zufriedenheitsquote als die Patienten ohne einen diagnostizierten MBO-Bedarf (80-85%) aufweisen. Es ist jedoch nicht zwingend, dass es nicht der MBO-Bedarf als solcher ist, der diese Unterschiede erklärt. Vielmehr gründen sich die Unterschiede vermutlich stärker auf strukturelle Ungleichheiten der Bedarfsgruppen.

7.2.2 Bewertung des MBO-Informationsmanagements der Klinik

Ausgehend von dieser allgemeinen Betrachtung wird nun das MBO-Modell der Klinik im Besonderen ins Blickfeld gerückt. Vor allem ist die Informationspolitik der Klinik diesbezüglich relevant. Entscheidend ist, dass dem Patienten begreiflich gemacht wird, um welche Art der spezifischen Behandlung es sich handelt. Empirische Belege können natürlich nur von den Patienten erhoben werden, die diese spezifische Form der Behandlung durchliefen. Deshalb und weil genau die beiden relevanten Gruppen (U⁺ und U⁻) empirisch nicht vergleichbar sind, werden die folgenden Ergebnisse auf Basis der MBO-Teilnahmestichprobe dargestellt (N=185). Es besteht in diesem Zusammenhang das Problem der inhaltlichen Aussagen solcher rein deskriptiver Darstellungen, da ohne Vergleichsgruppe gearbeitet wird. Weiter oben ist hierzu schon angeführt worden, dass die Ergebnisse diesen Anspruch nicht erheben, sondern höchstens als Reflexionsgrundlage verwendbar sind, um einen etwaigen Verbesserungsbedarf erkennen zu können.

Vor der Maßnahme, so die Abb. 7-6, fühlten sich 62,5% der Patienten bzgl. der MBO-Behandlung gut informiert. Dieser Wert erhöht sich auf knapp 81%, wenn die Informationspolitik während der Maßnahme betrachtet wird. Hier werden in etwa ähnliche Werte wie in den beiden vorhergehenden Abbildungen erreicht, was darauf hindeutet, dass dies für die Klinik „normale“ Anteile in der Bewertung sind. Es kann zumindest diesbezüglich keine Besonderheit festgestellt werden.

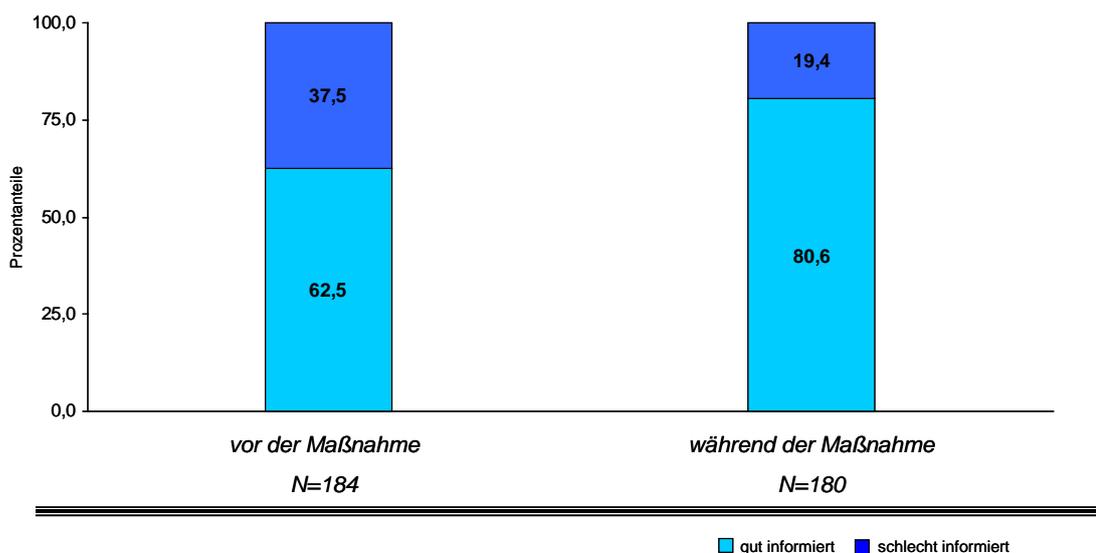


Abb. 7-6: Bewertung der Informationen bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik vor und während der Maßnahme

Welche Berufsgruppen sind die entscheidenden Träger dieser Informationen? Die Abb. 7-7 zeigt, dass hauptsächlich der Stationsarzt (in 94% der Fälle) über die spezifische MBO-Behandlung informiert. Auch der Krankengymnast, mit dem im Verlauf der Behandlung der Patient wohl den intensivsten Kontakt hat, erreicht 86% der teilnehmenden Patienten. Weitere, aus der Prozessbeschreibung des MBO-Modells bekannte aktive Berufsgruppen sind der Psychologe und der Sozialdienst der Klinik. Diese folgen mit 71,4% und 61,1%.

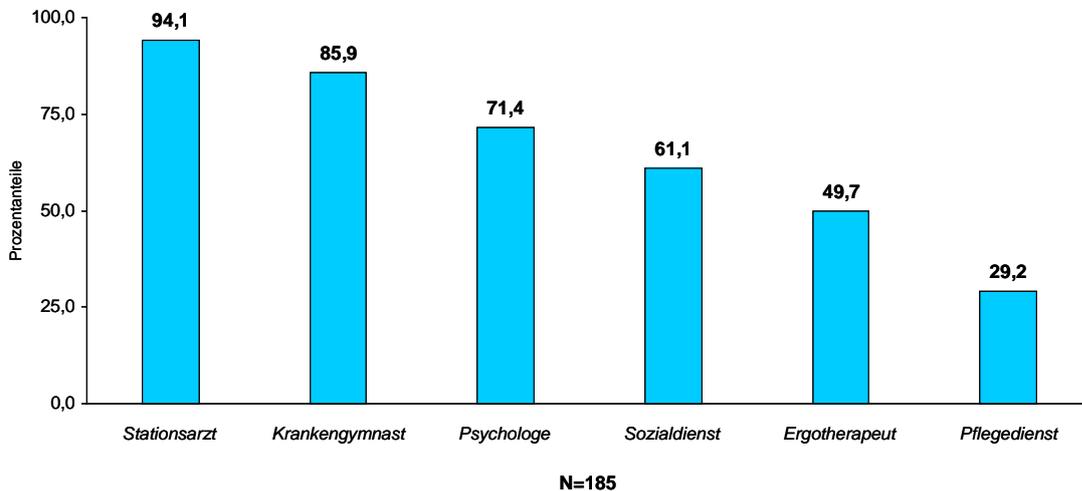


Abb. 7-7: Träger der Informationsübermittlung bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik

Insgesamt sind also, inklusive Ergotherapeut und Pflegedienst, alle Berufsgruppen, die direkt mit der reha-medicinischen Betreuung und Pflege des Patienten zutun haben, an der Informationsübermittlung – mehr oder weniger intensiv – beteiligt. Dies spricht für ein ganzheitlich nach außen vertretenes Konzept der medizinisch beruflichen Orientierung. Für diesen Fakt spricht u.a., dass es nur einen Patienten gab, der sich durch keine dieser Berufsgruppen informiert sah.

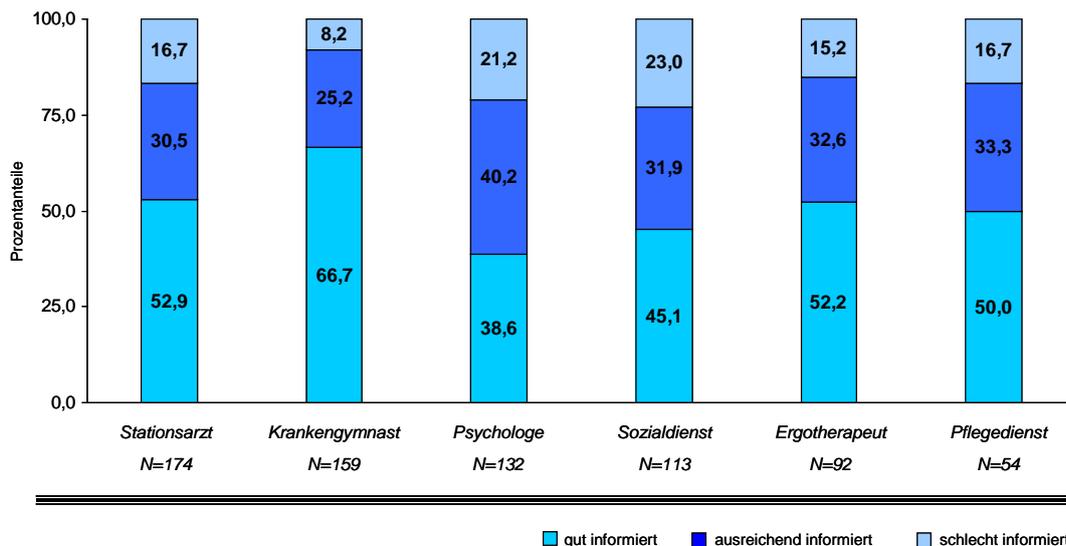


Abb. 7-8: Bewertung der Informationsübermittlung der einzelnen Berufsgruppen bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik

Die Qualität der Informationsübermittlung bzgl. der MBO-Behandlung in den einzelnen Berufsgruppen ist in der folgenden Abb. 7-8 dargestellt. Flächendeckend kann die Bewertung als gut beschrieben werden: Fasst man die Kategorien „gut informiert“ und „ausreichend informiert“ zusammen, so ergeben sich Zufriedenheitsanteile von 77% (Sozialdienst) bis 92% (Krankengymnast).

Eine wirklich gute Bewertung (nur die Kategorie „gut“ betrachtet) geben die Patienten für die Krankengymnasten ab, was wohl – wie schon angemerkt – an der intensiven Auseinandersetzung dieser mit den Patienten innerhalb der MBO-Behandlung zutun hat. Die Informationsqualität der Psychologen und des Sozialdienstes ist eher im mittleren Bereich. Auch dafür gibt es eine logische Argumentation. So lässt sich vermuten, dass psycho-soziale Problemlagen nur bedingt vom Patienten in einen beruflichen Kontext gestellt werden, dementsprechend also die Arbeit mit Psychologe und Sozialdienst nicht direkt mit der MBO-Behandlung in Verbindung gebracht wird.

Insgesamt existiert also ein ganzheitliches, berufsgruppenübergreifendes Kommunikationskonzept der Klinik in Bezug auf die Spezifik der MBO-Behandlung. Damit werden alle Patienten, die dies betrifft, erreicht und die Bewertung ist überwiegend gut bzw. ausreichend. Eine stärkere Problematisierung des beruflichen Kontextes erscheint höchstens bei der Auseinandersetzung mit psycho-sozialen Thematiken angebracht, um dem Patienten zu vermitteln, welcher Zweck damit verfolgt wird.

7.2.3 Bewertung weiterführender Maßnahmen durch die Patienten

Im dritten Teil dieser Analyse sollen nun die weiterführenden Empfehlungen einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Die Tab. 7-6 und Tab. 7-8 enthalten rein deskriptiv die Anteile der im Entlassungsbericht gegebenen und aus Patientensicht wahrgenommenen Empfehlungen getrennt nach den Vergleichsgruppen. Dabei wurden die 16 verschiedenen Empfehlungen inhaltlich zu folgenden sechs Kategorien zusammengefasst: unter *medizinische Empfehlungen* fallen eine weitere diagnostische Klärung, die Empfehlung einer stationären Behandlung, eine Operation und die Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln. Unter *Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens* wurden der Verzicht auf Alkohol, der Verzicht auf Nikotin, die Vorstellung und/oder Teilnahme an einer Suchtberatung/-rehabilitation und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion subsumiert. Eine spezielle Nachsorge und die Teilnahme an Reha-Sport und Funktionstraining fallen unter *allgemeine Nachsorge* und unter *psychologische Empfehlungen* die Teilnahme an einer Psychotherapie bzw. einer Selbsthilfegruppe. Die *Empfehlungen für LTA-Maßnahmen* und eine *stufenweise Wiedereingliederung* werden isoliert betrachtet.

Nimmt man eine solche inhaltliche Verkürzung der 16 Maßnahmentearten vor, so erhält laut Entlassungsbericht knapp die Hälfte der Patienten eine medizinische Empfehlung bzw. eine Empfehlung zu Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. In beiden Kategorien existieren Vergleichsgruppenunterschiede: Die Gruppe U⁻ ohne MBO-Bedarf, aber mit Teilnahme an der spezifischen Behandlung erhält signifikant mehr medizinische Empfehlungen als ihre Vergleichsgruppe K⁻. Auch dies könnte durch die intensivere diagnostische Auseinandersetzung mit diesen Patienten innerhalb der EFL-Teilnahme zusammenhängen, weil so detailliertere Problematiken deutlich werden, die jedoch (noch) nicht zu einer beruflichen Teilhabe-einschränkung führen. Dagegen kann der signifikante Unterschied zwischen den Gruppen U⁺

und K⁺ bezüglich der Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens nicht ohne Weiteres erklärt werden. Aus den t₁-Analysen kann kein Unterschied dieser Gruppen bzgl. des Gesundheitsverhaltens erkannt werden.

Tab. 7-6: Empfehlungen der Klinik bzgl. weiterführender Maßnahmen (Entlassungsbericht)

weiterführende Empfehlungen	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻			
	N / %									N / %
medizinische Empfehlungen	47	49,5	43	45,7	58	45,0	58	56,9	206	49,0
Verbesserung Gesundheitsverhalten	47	49,5	33	35,1	55	42,6	49	48,0	184	43,8
Empfehlungen bzgl. Beruf (LTA)	57	60,0	56	59,6	15	11,6	16	15,7	144	34,3
Empfehlung: stufenweise WE	21	22,1	25	26,6	5	3,9	3	2,9	54	12,9
allgemeine Nachsorge	1	1,1	2	2,1	1	0,8	4	3,9	8	1,9
psychologische Empfehlungen	3	3,2	2	2,1	1	0,8	1	1,0	7	1,7

Signifikanztest (Chi²-Test), nur signifikante Unterschiede

medizinische Empfehlungen: MBO⁻ Chi²=3.227, p<.05

Verbesserung Gesundheitsverhalten: MBO⁺ Chi²=3.995, p<.05

Etwa ein Drittel der Patienten bekommt Empfehlungen für LTA-Maßnahmen. Hier ist – erwartungsgemäß – der größte Unterschied zwischen den Bedarfsgruppen sichtbar. Etwa jeweils 60% der Patienten der MBO⁺-Gruppen bekommen eine solche Empfehlung gegenüber 13% der MBO⁻-Gruppen. Drei Dinge fallen hier auf: Erstens scheinen nicht alle Patienten mit MBO-Bedarf weiterführender beruflicher Maßnahmen zu bedürfen. Hier könnte zum Tragen kommen, dass die Klinik teilweise den diagnostizierten MBO-Bedarf mit „hauseigenen“ Mitteln beheben kann.

Zweitens wird deutlich, dass auch bei Patienten ohne MBO-Bedarf während der Behandlung erkannt wird, dass weiterführende Maßnahmen bezüglich der beruflichen Teilhabe sinnvoll wären. Dies kann mehrere Ursachen haben. So könnte dies ein erster Hinweis auf einen nicht erkannten MBO-Bedarf sein, was wiederum zu der Annahme verleitet, dass die MBO-Eingangsdagnostik an dieser Stelle einen Verbesserungsbedarf aufweist. Nicht zwangsläufig bedeutet dies eine Erhöhung der MBO-Bedarfsgruppe, vielmehr ist auch in dieser Teilmenge an Patienten ein Bruchteil „falsch zugeordneter“ Patienten denkbar, der durch eine detailliertere und strukturierte Diagnostik u.U. besser erkennbar wäre.

Drittens scheint die Teilnahme an der spezifischen beruflichen Orientierung der Klinik keinen Einfluss auf die Vergabe der LTA-Empfehlungen zu haben. Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungs- und den Kontrollgruppen ausmachen. Jedoch existieren strukturelle Unterschiede zwischen den jeweiligen Vergleichsgruppen, die

eine rein deskriptive Betrachtung schwer machen, da von diesen ein begründeter Einfluss auf die Vergabe von LTA-Empfehlungen angenommen werden kann. Zum Einen weisen die MBO⁺-Patienten mit MBO-Behandlung (U⁺) eine geringere Arbeitslosigkeit, jedoch höhere schmerzbezogene Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen auf; zum Anderen sind MBO⁻-Patienten mit der MBO-Behandlung mehr physischen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt und haben eine schlechtere berufliche Prognose.

Um den genannten Problemen nachzugehen, wurde mittels logistischer Regression eine Schätzung der Vergabe von LTA-Empfehlungen vorgenommen. Dabei kommen zwei Modelle zum Einsatz. Das erste schätzt die LTA-Empfehlungen durch den MBO-Bedarf und die Teilnahme an der MBO-Behandlung, das zweite wird erweitert um die genannten zusätzlichen Einflussfaktoren. Sollte es tatsächlich einen Einfluss der MBO-Behandlung geben, so müsste unter Berücksichtigung der zusätzlichen Einflussfaktoren ein Effekt durch diese zum Vorschein treten. Tab. 7-7 zeigt einen schon vermuteten signifikanten Effekt der Variable „MBO-Bedarf“. Durch das Eintreffen eines solchen beruflichen Bedarfs erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine LTA-Empfehlung zu bekommen, um mehr als das Zehnfache. Sowohl die Teilnahme an der MBO-Maßnahme insgesamt als auch innerhalb der zwei Bedarfsgruppen (getestet durch die Interaktion krit x teil) erklärt keine weitere Varianz der Empfehlungsvergabe. Das Modell zeichnet sich durch ein relativ hohes Pseudo-R² nach Nagelkerke aus. Etwa 30% der Varianz können mit dem Modell erklärt werden.

Tab. 7-7: Logistische Modellschätzungen mit abhängiger Variable "LTA-Empfehlung gegeben"

Variablen im Modell	Modell 1		Modell 2	
	B	Odds Ratio	B	Odds Ratio
teil	0,137	1,19	0,101	1,11
krit	2,317 *	10,15	1,852 *	6,38
krit x teil	-0,139	0,87	-0,067	0,94
alos			1,276 *	3,58
fbs_sub1 ⁺			0,059	1,06
bz2_3			1,192 *	3,29
	Pseudo R ² (Nagelkerke) 0,30 -2LL= 385,253		Pseudo R ² (Nagelkerke) 0,40 -2LL= 346,347	

Anmerkungen:

Variablen krit=MBO-Bedarf, teil=MBO-Teilnahme, alos=Arbeitslosigkeit, fbs_sub1=Belastungen aus der Arbeitsumgebung (0-10), bz2_3=subjektive Prognose: nach der Maßnahme nicht mehr im Beruf arbeiten können (Dummy-Variablen, 1 bedeutet Eintritt des Ereignisses, außer ⁺ → metrisches Skalenniveau)

* → signifikant auf dem 5%-Niveau (p<.05)

Das Modell 2 wurde erweitert um die bekannten Einflussvariablen. Bei Integration dieser Parameter verringert sich der Einfluss des MBO-Bedarfs dahingehend, dass die Feststellung des Bedarfs das sechsfache Risiko einer LTA-Empfehlung impliziert. Weitere signifikante Einflüsse zeigen darüber hinaus der Fakt der Arbeitslosigkeit (mit einem Odds Ratio von 3,6), schmerzbezogene Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (die Erhöhung um einen Skalenwert erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung um 1,15) und eine negative berufliche Prognose des Patienten (mehr als das dreifache Risiko einer LTA-Empfehlung). Mit diesen weiteren Einflussfaktoren erhöht sich die erklärte Varianz um 10%

auf 40%. Das bedeutet einerseits, dass die Variablen, die Unterschiede zwischen den Randomisierungsgruppen, gerade für die MBO⁺-Gruppe, zeigen, einen Einfluss auf die Vergabe von LTA-Empfehlungen haben. Ein arbeitsloser Patient, der darüber hinaus hohe schmerzbezogene Beeinträchtigungen aufweist und eine negative berufliche Prognose hat, erhöht dementsprechend enorm die Wahrscheinlichkeit, eine berufliche Problematik auch nach der medizinischen Reha-Behandlung zu besitzen. Jedoch kann andererseits nicht davon ausgegangen werden, dass bei Konstanzhaltung dieser Einflussvariablen ein Effekt der MBO-Teilnahme darstellbar wäre.

Tab. 7-8: Wahrnehmung weiterführender Empfehlungen bei den Patienten (Patientenurteil)

weiterführende Empfehlungen	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									N / %
allgemeine Nachsorge	46	48,4	45	47,9	58	45,0	53	52,0	202	48,1
medizinische Empfehlungen	30	31,6	30	31,9	38	29,5	30	29,4	128	30,5
Verbesserung Gesundheitsverhalten	29	30,5	27	28,7	42	32,6	30	29,4	128	30,5
Empfehlung: stufenweise WE	24	25,3	24	25,5	3	2,3	2	2,0	53	12,6
Empfehlungen bzgl. Beruf (LTA)	14	14,7	14	14,9	1	0,8	8	7,8	37	8,8
psychologische Empfehlungen	7	7,4	6	6,4	9	7,0	7	6,9	29	6,9

Signifikanztest (Chi²-Test), nur signifikante Unterschiede

Empfehlung bzgl. Beruf (LTA): MBO⁻ Chi²=7.600, p<.05

Die Tab. 7-8 stellt den ärztlichen Empfehlungen im Entlassungsbericht die Wahrnehmung weiterführender Empfehlungen bei den Patienten gegenüber. Nach der Rehabilitation wurden sie gefragt, welche Empfehlungen sie erhalten haben. Die patientenseitige Wahrnehmung zeigt ein etwas anderes Bild: Danach meint die Hälfte der Patienten, Empfehlungen allgemeiner Nachsorge erhalten zu haben. Dies ist ein weit überdurchschnittlicher Wert gegenüber 1,9% gegebenen Empfehlungen aus dem Entlassungsbericht. Relativ ähnliche Werte, wenn auch auf niedrigerem Niveau, zeigen die medizinischen Empfehlungen (30,5% gegenüber 49% aus dem E-Bericht) und Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (30,5% gegenüber 43,8% aus dem E-Bericht). Die beste Übereinstimmung weist die Empfehlung der stufenweisen Wiedereingliederung auf (12,6% gegenüber 12,9%). Auf der Ebene der LTA-Empfehlungen sind sehr große Diskrepanzen sichtbar. Nur etwa 9% der Patienten meinen, eine solche Empfehlung erhalten zu haben, während einem Drittel diese gegeben wurde. Dies muss als Problem angesehen werden, da gerade in diesem Fall die Kommunikation zwischen den Klinikakteuren und den Patienten von größerer Relevanz ist. Die normale rechtliche Voraussetzung einer Gewährung von LTA-Maßnahmen ist abseits der Empfehlung der Reha-Klinik auch die aktive Mitarbeit des Patienten, indem von ihm die

Antragstellung ausgehen muss. Wenn jedoch nur ein Teil der Patient überhaupt mit der Information einer solchen Empfehlung die Rehabilitationsbehandlung hinter sich lässt, ist eine bedarfsgerechte Vergabe von LTA-Maßnahmen in diesem Punkt problematisch. Einzig die Patienten der Gruppe U⁻, also der Patienten ohne MBO-Bedarf, jedoch mit Teilnahme an der MBO-Behandlung, haben hier eine größere (Brutto-)Übereinstimmungsquote und unterscheiden sich damit signifikant von ihrer Vergleichsgruppe K⁻.

Um mehr Erkenntnisse in Bezug auf das Informationsmanagement der Klinik zu bekommen, sollen im Folgenden die Nettoübereinstimmungsquoten zwischen gegebenen und beim Patienten wahrgenommenen Empfehlungen näher untersucht werden. Damit lässt sich mit größerer Sicherheit eine empirische Aussage über die Qualität der Kommunikation dieser Empfehlungen machen.

Die beiden folgenden Tabellen stellen demzufolge einmal die reinen Übereinstimmungsquoten dar, also den Anteil der Patienten die richtig wahrgenommen haben, ob sie die entsprechende Empfehlung bekommen haben oder nicht (Tab. 7-9); zum Anderen ist die Übereinstimmungsquote der Patienten, die die Empfehlung bekamen und dies wahrnahmen, aufgeführt. Die zweite Darstellung wird gesondert berichtet, weil aus der Tab. 7-9 in Verbindung mit dem absoluten Anteil gegebener Empfehlungen klar wird, dass v.a. die Übereinstimmungen der Empfehlungen, die selten vergeben wurden, größtenteils darauf beruhen, dass die Patienten genau wissen, wenn sie die Empfehlung *nicht* bekamen, demzufolge also die Übereinstimmungsquoten überschätzt werden.

Tab. 7-9: Übereinstimmungsquote gegebener (Entlassungsbericht) und wahrgenommener (Patientenurteil) Empfehlungen

	MBO ⁺		MBO ⁻	
	K ⁺	U ⁺	K	U
	Gesamt-%			
<i>medizinische Empfehlungen</i>	61,1	50,0	53,5	58,8
<i>Verbesserung Gesundheitsverhalten</i>	76,8	74,5	74,4	69,6
<i>Empfehlungen bzgl. Nachsorge</i>	52,6	52,1	55,8	50,0
<i>Empfehlungen bzgl. Beruf (LTA)</i>	50,5	51,1	89,2	86,3
<i>Empfehlung: stufenweise WE</i>	88,4	84,0	98,5	99,0
<i>psychologische Empfehlungen</i>	89,5	93,6	93,8	94,1
Gesamt N	95	94	129	102

Trotz alledem lassen sich bestimmte Quoten durchaus interpretieren. Zu Anfang sei gesagt, dass die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen auf der Ebene der Bruttoquoten nicht repliziert werden können. Es können zum größten Teil auch keine Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen interpretiert werden. Einzig die LTA-Empfehlungen besitzen eine Übereinstimmungsquote von mehr als 87% bei den MBO⁻-Patienten gegenüber 50,5% bei den MBO⁺-Patienten. Aber dieser Unterschied könnte durch die geringere absolute Vergabequote bei den MBO⁻-Patienten zustande kommen.

Die höchsten Übereinstimmungen sind bei der Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung auszumachen. Danach kommen die medizinischen Empfehlungen und die Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens mit Quoten von 55 bis 75% Übereinstimmung. Den geringsten Wert verzeichnen die Empfehlungen allgemeiner Nachsorge, was schon aus den Bruttoquoten deutlich wurde. Jedoch sollten diese genau wie die Quoten der psychologischen Empfehlungen nur eingeschränkt analysiert werden, da hier zu wenig „positive“ Fälle zu verzeichnen sind und damit die Übereinstimmung nur auf den Fällen lastet, die keine dieser Empfehlungen bekamen.

Tab. 7-10: Quote wahrgenommener Empfehlungen der Patienten, die die entsprechende Empfehlung erhalten haben (ausgewählte Arten von Empfehlungen)

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
medizinische Empfehlungen	20	42,6	13	30,2	18	31,0	23	39,7
Verbesserung Gesundheitsverhalten	27	57,5	18	54,6	32	58,2	24	49,0
Empfehlungen bzgl. Beruf (LTA)	12	21,1	12	21,4	1	6,7	5	31,3
Empfehlung: stufenweise WE	17	81,0	17	68,0	3	60,0	2	66,7

Um solche Unschärfen weiter zu reduzieren, sind in der Tab. 7-10 nur die Übereinstimmungen der positiven Fälle, also der Patienten, die eine entsprechende Empfehlung bekamen, dargestellt. Aufgrund der zu geringen Zellbesetzungen wurde auf die Darstellung der beiden letztgenannten Empfehlungsarten verzichtet. Die Quoten sind – wie erwartet – geringer. Sie liegen mit einer relativ hohen Spannbreite zwischen 20% (LTA-Empfehlungen) und 75% (stufenweise Wiedereingliederung). Erstaunlicherweise besitzen auch hier die LTA-Empfehlungen den geringsten Wert. Es werden damit eindeutige Entwicklungspotenziale der Klinik in Bezug auf die Kommunikation dieser Empfehlungen zum Patienten deutlich. Insbesondere die MBO⁺-Patienten profitieren, auch bei Teilnahme am MBO-Modell, in diesem Punkt noch nicht von der besonderen beruflichen Sensibilisierung. Einzig die Patienten ohne einen MBO-Bedarf scheinen dieser Sensibilisierung Rechnung zu tragen. Ihre Quote ist um das Fünffache höher als die Quote ihrer Vergleichsgruppe (31% gegenüber 7%). Allerdings beziehen sich die Prozentanteile insgesamt auf weniger Patienten.

Abschließend lässt sich konstatieren, dass das Kommunikationsmanagement der Klinik sowohl in allgemeiner als auch spezifischer Art die MBO-Maßnahme betreffend als gut bis sehr gut zu bewerten ist. Einzige Entwicklungspotenziale wäre in einer stärkeren berufsbezogenen Verknüpfung psycho-sozialer Problematiken zu sehen.

Die Klinik versteht es, in allen Berufsgruppen, die sich mit der rehamedizinischen Betreuung des Patienten befassen, die Idee der beruflichen Orientierung ihrer medizinischen Behandlung zu verankern und so dem Patienten von verschiedenen Seiten die Philosophie dieses Ansatzes zu kommunizieren. Allerdings kann eine stärkere Sensibilisierung gerade der Patienten mit einem MBO-Bedarf bei der Vermittlung weiterführender Maßnahmen nicht be-

scheinigt werden. Hier wären ebenfalls noch weitere Entwicklungen notwendig. Insbesondere die Initiative des Patienten bei der Antragstellung für LTA-Maßnahmen wird nur durch intensive – auch kommunikative – Auseinandersetzung mit beruflichen Problematiken schon in der Klinik nachhaltig positiv beeinflusst.

7.3 Intendierte Verhaltensänderungen

Innerhalb des medizinischen Rehabilitationsprozesses ist ein wichtiges Therapieziel, Verhaltensweisen abzubauen, die sich kontraproduktiv auf den Gesundheitszustand auswirken (Barrieren) und solche aufzubauen, die sich als Förderfaktoren interpretieren lassen. Dementsprechend sollten riskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum oder ungesunde Ernährung als solche identifiziert, der Patient dafür sensibilisiert und dazu bewogen werden, sie abzustellen. Zugleich soll gesundheitsförderliches Verhalten, z.B. regelmäßige sportliche Aktivitäten, entwickelt werden.

Ein solches Therapieziel lässt natürlich nicht primär – zumal es sich um allgemeine Verhaltensweisen wie Alkohol- und Nikotinkonsum sowie ungesunde Ernährung handelt – Effekte einer berufsbezogenen Reha-Maßnahme erwarten. Dementsprechend sind die hier dargestellten Ergebnisse im Kontext des gesamten medizinischen Rehabilitationsprozesses der Klinik Niedersachsen zu verstehen. Die folgenden empirischen Analysen werden sich darum auch primär mit den allgemeinen Effekten der Rehabilitationsbehandlung beschäftigen und die einzelnen Untersuchungsgruppen einzig hinzuziehen, um ermitteln zu können, inwiefern das MBO-Modell der Klinik eventuell darüber hinausgehende Wirkungen zeigt.

Als theoretisches Konzept zur Erklärung einer Verhaltensänderung kann das so genannte Health-Action-Process-Approach Modell (im Folgenden: HAPA-Modell, z.B. Schwarzer 1996) herangezogen werden. Dieses Modell als eine der derzeit favorisierten Prozess- und Stadien-theorien des Gesundheitsverhaltens beschreibt motivationale und volitionale Prozesse bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung gesundheitlichen Verhaltens. Es postuliert, dass subjektive Risikowahrnehmung, Konsequenzerwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen die Absichtsbildung einer Veränderung im Gesundheitsverhalten erklären können. Dies impliziert gleichermaßen den prozessualen Charakter einer Verhaltensänderung: Im ersten Schritt sollte eine Sensibilisierung des Patienten dahingehend erreicht werden, dass er die Problematik seines momentanen Risikoverhaltens erkennt, auch wenn dies einen gewissen persönlichen Einsatz erfordert und mit Einbußen in der eigenen Lebensqualität verbunden ist. Aus einer solchen „Sensibilisierung“ entsteht die Intention oder der Vorsatz, sein Verhalten ändern zu wollen. Diese Intention, begleitet von hoher Selbstwirksamkeitserwartung, führt schließlich laut Theorie zu der Verhaltensänderung.

Das bedeutet für den Prozess der medizinischen Rehabilitation, dass ein erster Schritt sein muss, die Patienten zu bewegen, ihre riskanten Verhaltensweisen als solche anzuerkennen und dass sie auch unter Schwierigkeiten bereit wären, diese zu ändern. Um dies prüfen zu können, wurden den Patienten zum Ende der Maßnahme verschiedene Fragen vorgelegt, die genau dies erheben sollen. Zum Einen sind dies Fragen zum Änderungsdruck oder der Wahrnehmung eines riskanten Verhaltens, zum Anderen Fragen zu den (positiven wie negativen) Konsequenzen einer Verhaltensänderung und schließlich zu den Selbstwirksamkeitserwartungen oder auch Kompetenzerwartungen. Unter positiven Konsequenzerwartungen wird verstanden, dass der Patient erkennt, dass es gut für ihn ist, wenn er sich z.B. gesund

ernährt. Eine diesbezüglich negative Konsequenzerwartung wäre z.B. die Erkenntnis, dass man sich im Essen stark einschränken muss, um sich gesund ernähren zu können. Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartungen dagegen erheben die Erwartung des Patienten sein Verhalten ändern zu können, auch wenn dies einen persönlichen Einsatz erfordert, z.B. auch bei schlechtem Wetter sportlich aktiv zu sein.

Die Rehabilitation sollte es schaffen, den betreffenden Patienten zu vermitteln, dass sie einer riskanten Verhaltensweise unterliegen, dass eine Änderung dieser mit bestimmten (positiven und negativen) Konsequenzen verbunden ist und auch unter widrigen Bedingungen verändert werden kann. Im Folgenden werden Patienten mit den zentralen Risikofaktoren (Nikotin, Alkohol und Übergewicht bzw. fehlende sportliche Betätigung) darauf hin untersucht, ob sie die motivationalen Voraussetzungen entwickelt haben, um die Intention einer Verhaltensänderung herbeiführen zu können oder ob sie gar schon eine solche Intention entwickelt haben.

7.3.1 Verhaltensbezogene Absichtsbildung

In Abb. 7-9 sind die Intentionen zur Verhaltensänderung in Abhängigkeit vom Risikoverhalten dargestellt. Dabei wurden die einzelnen Risikofaktoren Rauchen, fehlende sportliche Betätigung und Übergewicht zu einem Index zusammengefasst. Hohes Risikoverhalten impliziert dabei das Vorliegen von mehr als einem dieser Risikofaktoren.

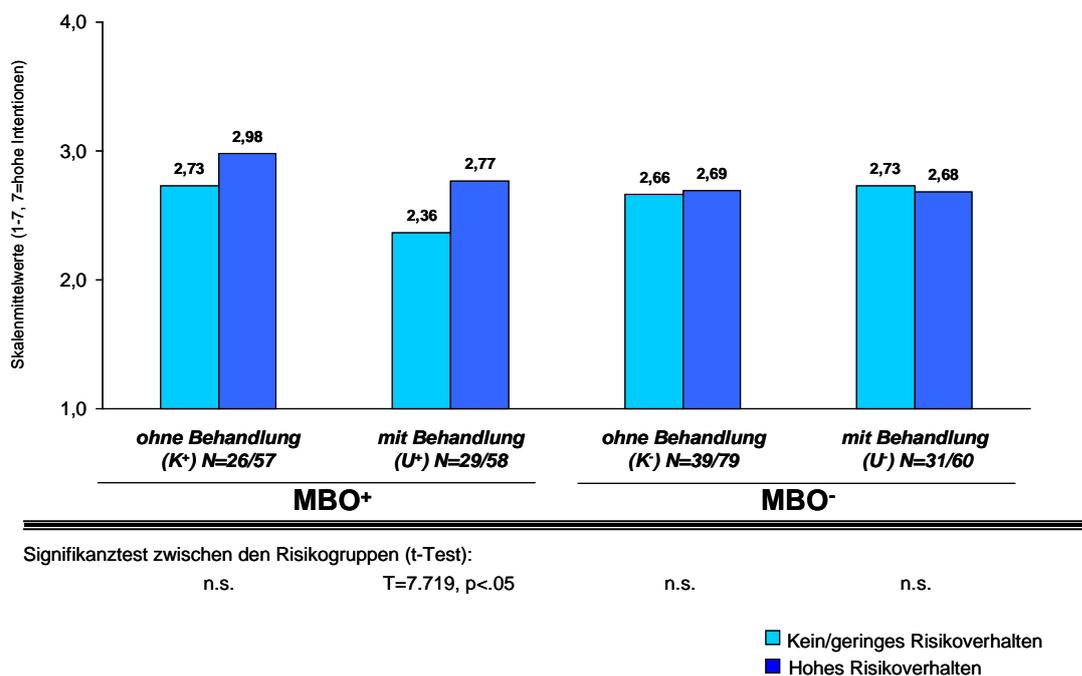


Abb. 7-9: Skala der Intentionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens nach vorhandenem Risikoverhalten und Untersuchungsgruppen

Deutlich wird, dass insbesondere zwischen den Risikogruppen der Gruppe U⁺ (MBO-Bedarf mit entsprechender Behandlung) die intentionalen Unterschiede zur Änderung des Gesundheitsverhaltens besonders groß sind. Insgesamt bleibt diese Gruppe jedoch im Niveau der Intentionen hinter der Gruppe K⁺ zurück, die mit 2,73 bzw. 2,98 die höchsten Vorsätze äußert. Über alle Gruppen hinweg sind ähnlich hohe Werte zu verzeichnen. Einzig lässt sich

bisher konstatieren, dass die Gruppe U⁺ die einzige Gruppe ist, in der ein bedarfsgerechtes Bild der Intention vorherrscht, d.h. die Patienten mit einem risikoreicherem Gesundheitsverhalten auch höhere Intentionen zur Änderung desselben besitzen. Werden die einzelnen Intentionen getrennt analysiert (hier nicht grafisch dargestellt), so wird deutlich, dass insbesondere das Item „Ich habe mir vorgenommen, während der nächste Monaten abzunehmen“ in allen vier Gruppen eine bedarfsgerechte Intentionshaltung zeigt, in der die Patienten mit hohem Risikoverhalten eine höhere Intention besitzen als die Patienten mit einem geringen Risikoverhalten.

7.3.2 Verhaltensbezogene Erwartungen

Das HAPA-Modell postuliert jedoch, dass vor einer solchen Intentionsbildung das Stadium der Sensibilisierung des Risikos vorgelagert ist. Unter Umständen schafft die Rehabilitationsmaßnahme vornehmlich einen solchen Sensibilisierungseffekt, der erst in der Zeit nach dieser Maßnahme in die Intention und dann in die Verhaltensänderung mündet. Demzufolge sind in den Abb. 7-10 und Abb. 7-11 die Konsequenz- und Kompetenzerwartungen der MBO-Gruppen in Abhängigkeit vom jeweiligen Risiko dargestellt. Dabei wird sich auf das Risiko ungesunder Ernährung und fehlender sportlicher Betätigung konzentriert. Das Risiko des Nikotinkonsums muss an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben, weil die Patienten, die nicht rauchen, zum größten Teil die Antworten verweigerten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass diese Patienten aufgrund fehlenden Risikoverhaltens keine diesbezüglichen Erwartungen haben.

Die beiden Abbildungen machen deutlich, dass gruppenübergreifend ein hohes Niveau der Konsequenz- und Kompetenzerwartungen bei den Patienten vorherrscht. In Bezug auf die Ernährung kann insbesondere in den beiden MBO⁺-Gruppen ein bedarfsgerechter Unterschied zwischen Patienten mit Normalgewicht und Patienten mit Übergewicht in den Konsequenzerwartungen festgestellt werden. Das bedeutet, insbesondere die übergewichtigen MBO-Patienten wissen, dass es eigentlich besser für sie wäre, wenn sie sich gesund ernähren würden.

In Bezug auf die sportliche Betätigung ist ein anderes Bild sichtbar. Hier sind es die MBO⁻-Patienten, die Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne Risikoverhalten, also Nichtsportlern und Sportlern aufzeigen. Nichtsportler meinen in den MBO⁻-Gruppen, auch bei widrigen Bedingungen bzw. wenn sie dafür auf andere Freizeitaktivitäten verzichten müssen, eine geplante Sportaktivität ausüben zu können.

Es zeigt sich insgesamt also folgendes Bild: Die Intentionen ein ungesundes Verhalten zu ändern sind bei den Patienten in relativ geringem Niveau ausgeprägt. Das bedeutet, die Patienten sind am Ende der Rehabilitation nur eingeschränkt der Meinung, etwas ändern zu wollen. Jedoch, und dies könnte auf die Rehabilitationsmaßnahme zurückgeführt werden, zeigen die Patienten hohe Konsequenz- und Kompetenzerwartungen, was darauf schließen lässt, dass sie sich über ihr Verhalten im Klaren sind und auch bei Widerständen bereit wären, es zu ändern. Jedoch schafft die Rehabilitation in ihren drei Wochen es nicht, den nächsten Schritt bei den Patienten zu initiieren, nämlich tatsächlich eine direkte Absichtsbildung herbeizuführen. Allerdings müssen diese Schlussfolgerungen unter Vorbehalt gegeben werden, da nicht klar ist, wie hoch die Intentionen vor der Maßnahme waren.

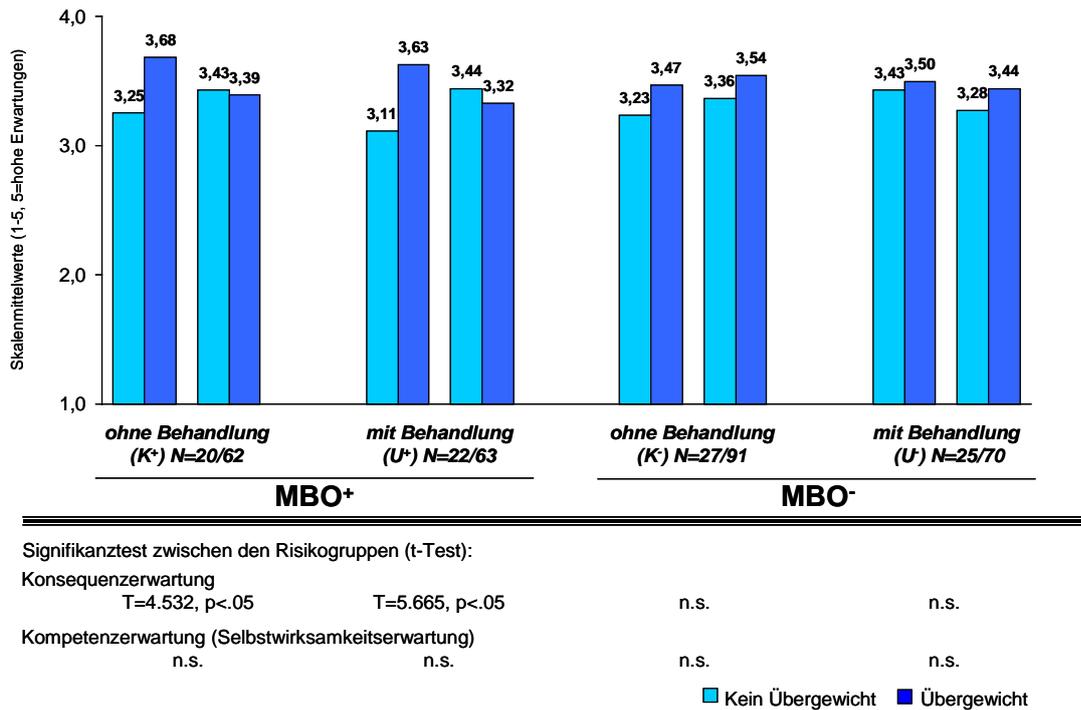


Abb. 7-10: Konsequenz- und Kompetenzerwartung bzgl. einer gesunden Ernährung (jeweils linke Balkengruppe Konsequenz-, rechte Balkengruppe Kompetenzerwartung)

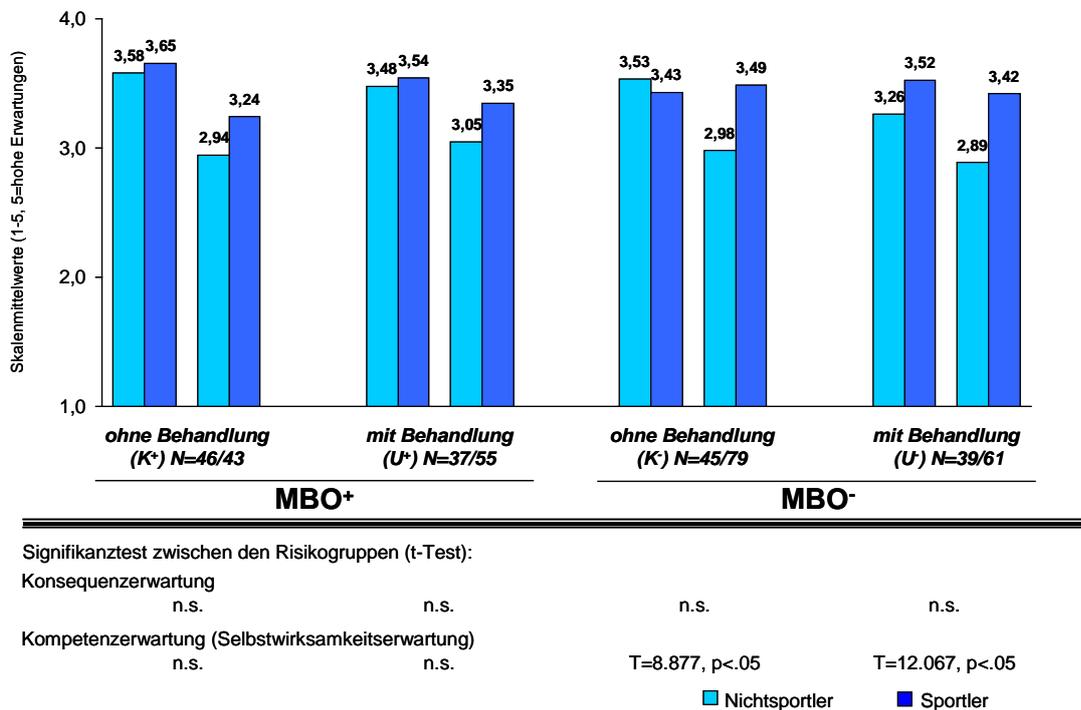


Abb. 7-11: Konsequenz- und Kompetenzerwartung bzgl. sportlicher (jeweils linke Balkengruppe Konsequenz-, rechte Balkengruppe Kompetenzerwartung)

Tatsächlich relevante Ergebnisse können erst in der katamnestischen Befragung erwartet werden, wenn überprüft werden kann, ob ein solch hohes motivationales Niveau in den Erwartungen zu höheren Intentionen und zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung führen.

Dies dürfte jedoch weniger von der Maßnahme als von den weiteren postrehabilitativen Aktivitäten abhängig sein. Man könnte es so formulieren: Während des Rehabilitationsaufenthaltes ist der Grundstein, nämlich die Bewusstwerdung eines riskanten Verhaltens, gelegt worden. Weitere Nachsorgemaßnahmen sollten eine solche motivationale Weichenstellung aufnehmen und sie zu einer positiven Änderung im Verhalten führen. Ob dies gelingen kann, zeigen die Ergebnisse der Katamnesebefragungen.

7.4 Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten im Beruf

Den Abschluss der Prüfung des kurzfristigen Reha-Erfolgs bildet die Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten im beruflichen Feld. Dieses auf den ersten Blick zentrale Zielkriterium stellt sich jedoch als relativ heterogen heraus. So können unmittelbar nach Ende der Maßnahme die Chancen der Teilhabe im Arbeitsleben einzig durch Experten (also die Ärzte der Klinik) und die Patienten selbst eingeschätzt werden. Das Expertenurteil wird dabei über die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Entlassungsbericht erhoben, woraus hervorgeht, ob der Patient wieder direkt in den Arbeitsprozess einsteigen könnte (so er über eine Arbeitsstelle verfügt) oder laut Klinik noch nicht in der Lage ist, seiner Arbeit nachzugehen. Dabei können über den Vergleich von Arbeitsfähigkeit zu Beginn und am Ende der Maßnahme verschiedene Erfolgsquoten berechnet werden, an denen ablesbar ist, inwieweit durch das berufliche Partizipationsmanagement im Klinikprozess direkte Wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Patienten bestehen.

Die subjektiven Einschätzungen des Patienten, was nach der Zeit der Maßnahme mit ihm geschehen wird, sind in einer Checkliste durch zehn verschiedene Antwortmöglichkeiten erhoben worden. Das bedeutet, dass sowohl klare Aussagen (durch Ankreuzen eines Items) als auch Antwortkombinationen möglich waren. Diese Antwortkombinationen wurden auf die Fragestellung hin soweit verdichtet, dass ein dichotomes Maß der subjektiven Einschätzung der beruflichen Partizipationsmöglichkeiten zur Verfügung steht, welches – ähnlich der Arbeitsfähigkeit – die Berechnung direkter Erfolgsquoten möglich macht. Dabei kann im Wesentlichen zwischen einer grundlegend positiven und einer grundlegend negativen Einschätzung unterschieden werden. Quer zu diesen beiden Einschätzungen existieren noch die beiden (wohl relativ realistischen) Möglichkeiten, direkt nach der Maßnahme arbeitslos oder krankgeschrieben zu sein. Diese beiden wurden oft in Kombination mit den wertenden Einschätzungen angekreuzt, woraus zu schließen ist, dass eine Unterscheidung in realistische, die direkte Zukunft betreffende und perspektivische, auf einen längeren Zeitraum beziehende Aussagen existieren. Beispielsweise wussten die Patienten natürlich aus dem Abschlussgespräch, dass sie arbeitsunfähig entlassen werden würden, hatten jedoch darüber hinaus die positive Ansicht, wieder in ihrem Beruf tätig werden zu können (oder dies eben nicht mehr zu schaffen, z.B. eine Rente zu beantragen).

Es ist insbesondere aus dem subjektiven Maß schwierig, Informationen über Effekte der Reha-Maßnahme abzuleiten. Es kann sein, dass ein Wechsel von positiver zu negativer Meinung (von Reha-Beginn zu Reha-Ende) das Resultat einer in der Klinik erworbenen realistischen Ansicht ist. Jedoch kann es sich in einem solchen Fall auch um ein maßnahmebezogenes Problem handeln, indem der Patient eine resignierte Haltung während der Rehabilitation aufbaut, weil er von der Behandlung enttäuscht ist. Hier lässt sich keine Antwort finden. In der ersten Argumentation würde dieses Ergebnis als Reha-Erfolg gelten, weil der Patient

gelernt hat, sich realistisch einzuschätzen und eher bereit ist, dementsprechende weiterführende Maßnahmen in die Wege zu leiten. In der zweiten Sichtweise wäre dieses Beispiel als Misserfolg zu werten. Hier sind die Erfolgsquoten also sehr vorsichtig zu interpretieren.

Allgemein jedoch zielen die Ergebnisse direkt auf die Effekte der beruflichen Orientierung der medizinischen Maßnahme und sollten also durch die Prüfung der Unterschiede zwischen den Randomisierungsgruppen getestet werden.

7.4.1 Arbeitsfähigkeit vor und nach der Rehabilitationsmaßnahme

In Tab. 7-11 sind die jeweiligen Quoten der Arbeitsfähigkeit vor und nach der Maßnahme dargestellt. Die erste Zeile, also die Arbeitsfähigkeit zu t_1 , wurde schon im vorigen Kapitel berichtet und dient der Relativierung der Quoten zu t_2 . Man sieht dass die MBO⁺-Patienten mit entsprechender Behandlung eine höhere Arbeitsunfähigkeit zu t_1 aufwiesen, welche zwar nicht signifikant unterschiedlich ist, jedoch trotzdem mit betrachtet werden muss. Insgesamt arbeitsfähig entlassen werden zu t_2 bei den beiden MBO⁺-Gruppen 39,0% bzw. 30,2%.

Tab. 7-11: Quoten der Arbeitsfähigkeit vor und nach der Maßnahme

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
arbeitsfähig zu t_1	17	20,7	9	10,5	100	84,0	80	86,0
arbeitsfähig zu t_2	32	39,0	26	30,2	105	88,2	86	92,5
t_1 : arbeitsunfähig → t_2 : arbeitsfähig	16	19,5	17	19,8	5	4,2	6	6,5
t_1 : arbeitsfähig → t_2 : arbeitsunfähig	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
N gesamt	82		86		119		93	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): McNemar=12.37, $p < .05$; **MBO⁺ (mit Behandlung):** McNemar=16.01, $p < .05$

MBO⁻ (ohne Behandlung): McNemar=4.05, $p < .05$; **MBO⁻ (mit Behandlung):** McNemar=5.04, $p < .05$

Es ist ersichtlich, dass in beiden Gruppen eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit um etwa 20%-Punkte vorliegt. In den beiden Gruppen ohne MBO-Bedarf fällt diese Erhöhung naturgemäß (aufgrund höherer Startquoten) sehr viel niedriger aus (4,2%-/6,5%-Punkte). Insgesamt kann also in den beiden MBO-Gruppen von einem relativ hohen Effekt der Reha-Maßnahme allgemein gesprochen werden, was bedeutet, dass etwa 20% der MBO⁺-Patienten und 5% der MBO⁻-Patienten nach der Maßnahme aus der Arbeitsunfähigkeit heraus wieder in ihrem Beruf einsatzfähig sind. Jedoch lassen sich keine MBO-spezifischen Effekte nachweisen.

7.4.2 Subjektive Prognose der beruflichen Zukunft

Darüber hinaus wurden die Patienten sowohl vor Beginn als auch am Ende der Rehabilitationsmaßnahme gefragt, welche Prognose sie für ihre weitere berufliche Zukunft haben. Dabei gab es zehn verschiedene Antwortmöglichkeiten, die den Patienten ähnlich einer Checkliste vorgelegt wurden. Sie konnten dementsprechend mehrere Items ankreuzen, was zu ver-

schiedenen Antwortkombinationen führte. Die Items setzten sich aus positiven Einschätzungen („wieder im Beruf arbeiten“, „im Beruf arbeiten, aber anderer Arbeitsplatz“, „eine andere Arbeit suchen wollen“) und negativen Items („nicht mehr arbeiten“, „Rente beantragen“) zusammen. Darüber hinaus – und wie schon weiter oben angedeutet – waren zwei Items enthalten, die relativ konkrete Zustände („arbeitslos sein“, „krankgeschrieben sein“) beschrieben. Zusätzlich konnten die Patienten ihre Unsicherheit durch eine „weiß nicht“-Kategorie ausdrücken. Aus den vielschichtigen Antwortkombinationen wurden zwei dichotome Variablen konstruiert. Die erste fasst positive und negative Einschätzungen zusammen (die Möglichkeiten „arbeitslos sein“ und „krankgeschrieben sein“ wurden hier ausgeschlossen), wobei bei unklaren Kombinationen die negative Einschätzung die positive überwiegt. Die zweite Variable stellt die konkrete Prognose der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit den anderen Prognosen gegenüber.⁸

Tab. 7-12: Quoten der subjektiven Prognosen der beruflichen Zukunft vor und nach der Maßnahme (ohne arbeitslos sein und krankgeschrieben sein)

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
positive Prognose zu t ₁	31	36,9	29	36,3	84	72,4	54	56,3
positive Prognose zu t ₂	36	42,9	35	43,8	85	81,9	73	76,0
t ₁ : negative Prognose → t ₂ : positive Prognose	13	15,5	9	11,3	19	16,4	22	22,9
t ₁ : positive Prognose → t ₂ : negative Prognose	8	9,5	3	3,8	8	6,9	3	3,1
N gesamt	84		80		116		96	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁺ (mit Behandlung):** n.s.

MBO⁻ (ohne Behandlung): McNemar=4.08, p<.05; **MBO⁻ (mit Behandlung):** McNemar=13.69, p<.05

In Tab. 7-12 sind die Quoten der subjektiven Prognose dargestellt. Vor Beginn der Maßnahme waren 36% der MBO⁺-Patienten der Meinung, dass sie in Zukunft wieder arbeiten könnten, sei es auf dem angestammten oder einem anderen Arbeitsplatz. Nach der Rehabilitation erhöhte sich dieser Anteil auf etwa 43% bzw. 44%. Dabei kann man zwischen den Randomisierungsgruppen auf den ersten Blick nicht von einer Verbesserung durch die MBO-Behandlung sprechen. Betrachtet man jedoch die „Wanderungen“ während der Maßnahme, so wird deutlich, dass die MBO-Behandlung zwar nicht zu einem erhöhten Anteil an positiven Prognosen führt, aber zu einem geringeren Teil die Patienten bewegt werden, ihre vormals positive Einschätzung zu revidieren (9,5%-Punkte gegenüber 3,8%-Punkte). Dies ist, so der McNemar-Test, keine signifikante Veränderung in den Gruppen U⁺ und K⁺. Die MBO-

⁸ Die Kategorie „weiß nicht“ wurde im Sinne einer unklaren Perspektive interpretiert und damit – laut Hypothese – negativ beurteilt. Es wird hier davon ausgegangen, dass die MBO-Behandlung nicht unbedingt die Prognose verbessern hilft, jedoch zu einer Konkretisierung und damit klaren Einschätzung führt.

Behandlung – so könnte argumentiert werden – schafft keine Verbesserung, verhindert aber die Verschlechterung der Prognose. Ein ähnliches Bild vermitteln auch die Wanderungen innerhalb der beiden MBO⁻-Gruppen. Die MBO⁻-Patienten, die trotzdem eine MBO-Behandlung erhielten, hatten am Ende der Maßnahme zum größeren Teil eine positive Prognose und wanderten weniger von positiv zu negativ in ihrer Einschätzung. Hier wird jedoch für beide Gruppen ein signifikantes Ergebnis ausgewiesen.

Tab. 7-13: Quoten der subjektiven Prognosen der beruflichen Zukunft vor und nach der Maßnahme (arbeitslos sein und krankgeschrieben sein gegen andere Prognose)

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
<i>arbeitslos/AU sein zu t₁</i>	15	17,2	18	21,7	10	8,4	9	9,3
<i>arbeitslos/AU sein zu t₂</i>	20	23,0	16	19,3	13	10,9	7	7,2
<i>t₁: arbeitslos/AU sein → t₂: positive Prognose</i>	3	3,4	1	1,2	2	1,7	3	3,1
<i>t₁: arbeitslos/AU sein → t₂: negative Prognose</i>	5	5,7	8	9,6	2	1,7	4	4,1
<i>t₁: positive Prognose → t₂: arbeitslos/AU sein</i>	3	3,4	2	2,4	4	3,4	0	0,0
<i>t₁: negative Prognose → t₂: arbeitslos/AU sein</i>	10	11,5	5	6,0	3	2,5	5	5,2
N gesamt	87		83		119		97	

Es wird bei der subjektiven Einschätzung deutlich, dass die MBO-Maßnahme der Klinik die Patienten davon abhält, ihre einmal getroffene positive Sicht der Dinge zugunsten einer negativen aufzugeben. Jedoch kann nicht von einem großen Effekt im Hinblick auf die subjektive Prognose gesprochen werden.

In Tab. 7-13 sind die Quoten und Wanderungen zwischen den beiden konkreten Zuständen Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit und einer anderen Prognose (positive oder negative) dargestellt. Es konnte kein McNemar-Test berechnet werden, da es sich um eine 2x2-Tabelle als Grundlage handelt. Das Ergebnis ist als Ergänzung der vorigen, getesteten Darstellungen anzusehen. Wenn die Wanderungen (egal ob zu positiv oder negativ) zusammengefasst werden, so kann kein signifikanter Einfluss der Behandlung auf die Prognose der Patienten nachgewiesen werden (laut McNemar).

Hier ergibt sich ein sehr komplexes Bild in den Wanderungen. Die MBO⁺-Patienten meinten in beiden Randomisierungsgruppen zu etwa einem Fünftel sowohl vor als auch nach der Rehabilitation in der Zukunft krankgeschrieben oder arbeitslos zu sein. Etwa ein Zehntel veränderte seine Einschätzung auf eine andere Prognose, wobei zum größeren Teil die negative Version gewählt wurde. Scheinbar ist ihnen vermittelt worden, dass sie nach der Maßnahme wieder arbeitsfähig wären, sind jedoch selbst der Meinung, dass dies langfristig in der Erwerbsunfähigkeit münden wird. Gleichzeitig ist jedoch ein ähnlich hoher Prozentsatz vor-

handen, der seine negative Einschätzung dahingehend revidiert, dass nach der Maßnahme erst einmal die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit auf sie wartet, was keine weiteren Aussagen auf die Zeit nach dieser Periode zulässt.

7.4.3 Einschätzung der gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Berufsausübung

Eine Vorstellung von der mittelfristigen Prognose der Patienten vermittelt auch die Frage, wie stark sie sich längerfristig in der Berufsausübung durch ihren Gesundheitszustand eingeschränkt fühlen. Dabei wurde die Variable dichotomisiert in „nicht/etwas eingeschränkt“ und „stark eingeschränkt“. Die Dichotomisierung resultiert aus der Erkenntnis, dass der wahrscheinliche MBO-Bedarf eines Patienten sich sehr gut an der Kategorie „stark eingeschränkt“ ablesen lässt. Des Weiteren kann so mittels McNemar ein Einfluss der Behandlung getestet werden.

Tab. 7-14: Einschätzung der längerfristigen gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf vor und nach der Maßnahme

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
stark eingeschränkt zu t ₁	50	58,8	52	61,2	43	35,8	36	36,7
stark eingeschränkt zu t ₂	51	60,0	54	63,5	28	23,3	26	26,5
t ₁ : stark eingeschränkt → t ₂ : nicht/etwas eingeschränkt	12	14,1	9	10,6	18	15,0	17	17,3
t ₁ : nicht/etwas eingeschränkt → t ₂ : stark eingeschränkt	13	15,3	11	12,9	3	2,5	7	7,1
N gesamt	85		85		120		98	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁺ (mit Behandlung):** n.s.

MBO⁻ (ohne Behandlung): McNemar=10.01, p<.05; **MBO⁻ (mit Behandlung):** McNemar=3.76, p<.05

Tab. 7-14 zeigt die diesbezüglichen Ergebnisse. Jeweils 60% der MBO⁺-Patienten fühlt sich sowohl vor als auch nach der Rehabilitation stark in ihrer Berufsausübung eingeschränkt, was darauf schließen lässt, dass die Rehabilitationsmaßnahme und speziell die MBO-Behandlung keine Effekte in diesem Punkt haben. Allerdings sind in den beiden MBO⁻-Gruppen Effekte der gesamten Behandlung sichtbar. Etwa 16% dieser Patienten revidieren ihre Einschätzung von stark eingeschränkt vor der Rehabilitation zu nicht oder etwas eingeschränkt am Ende der Behandlung. Dem stehen insgesamt nur 10 Patienten der MBO⁻-Patienten gegenüber, die sich im Laufe der Behandlung verschlechterten. Bei den MBO⁺-Patienten sind es ähnlich viele, die sich durch die Maßnahme (unabhängig von der MBO-Behandlung) verbessern konnten (14,1% / 10,6%), jedoch gibt ein ebenso großer Teil eine Verschlechterung nach Ende der Rehabilitation an. Wahrscheinlich – und das legen auch andere Erkenntnisse nahe – ist eine dreiwöchige stationäre Rehabilitation allein nicht ausreichend, um die Patienten langfristig in ihrem Arbeitsverhältnis vor der Arbeitsunfähigkeit zu schützen.

Insgesamt, das zeigen die Ergebnisse, kann die Rehabilitationsmaßnahme gute Effekte in Bezug auf die Prognose der weiteren beruflichen Zukunft der Patienten erzielen. Dies wird sowohl an der Expertenmeinung in Form der Arbeitsfähigkeitsaussage als auch in den subjektiven Aussagen deutlich. Die Klinik schafft es, 20% der MBO⁺-Patienten wieder arbeitsfähig zu entlassen, die als arbeitsunfähig der Klinik zugewiesen wurden und erhöht den Anteil derer, die am Ende der Rehabilitation eine positive Prognose ihrer eigenen beruflichen Zukunft haben.

Der MBO-Maßnahme speziell kann zugeschrieben werden, die subjektiven Prognosen nicht schlechter werden zu lassen. Das deutet auf einen zusätzlichen motivationalen Effekt der MBO-Behandlung hin, indem den Patienten mitgegeben wird, es „noch einmal zu versuchen“.

8 Mittel-/Langfristige Reha-Ergebnisse

Dieses zentrale Kapitel beleuchtet den mittel- bzw. langfristigen Erfolg der berufsbezogenen Orientierung der Klinik innerhalb des medizinischen Behandlungsprozesses. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf den beiden katamnestisch erhobenen Zeitpunkten t_3 (sechs Monate) und t_4 (ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme). In der Regel werden als Datenbasis der Analysen die 314 Patienten genutzt, die zu allen vier Zeitpunkten Daten liefern. Sollte es sich um Ergebnisse handeln, die sich auf die Zeitpunkte t_1 bis t_3 , also bis zur 6-Monatskatamnese, beziehen, definiert sich die Datenbasis aus den 373 Datensätzen, die wiederum von den ersten drei Zeitpunkten der Befragung vollständige Daten liefern. Dies wird an den entsprechenden Stellen vermerkt sein.

Durch die Analyse der mittel- bis langfristigen Wirkungen können Erkenntnisse bzgl. des Reha-Erfolgs der Maßnahme gezogen werden, die durch die direkte Konfrontation des Patienten mit seinem alltäglichen und v.a. beruflichen Umfeld entwickelt wurden. Verbesserungen auf dieser Ebene deuten dadurch auf eine Stabilisierung der gesundheitlichen Verbesserungen hin und lassen den Schluss zu, was tatsächlich durch die MBO-Rehabilitation der Klinik langfristig verändert werden kann. Jedoch kann diese Aussage nicht für alle Evaluationsparameter gelten. So lassen sich manifeste partizipationsorientierte Erkenntnisse, etwa die Wiedereingliederungsquote, nicht schon nach zwölf Monaten valide bestimmen, da bekannt ist, dass sie teilweise noch durch andere Rahmenbedingungen wie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beeinflusst und verzerrt sind. Hier wären Untersuchungen mit längeren Beobachtungszeiträumen angebracht. Die hier dargestellten Ergebnisse werden unter den gegebenen Gesichtspunkten aus dieser Sicht diskutiert und bewertet.

Für sonstige patientenseitige Evaluationskriterien (Selbstkompetenz, Parameter aktivitätsorientierter funktionaler Gesundheit) können durch die Katamneseergebnisse nach zwölf Monaten stabile Aussagen im Hinblick auf MBO-Effekte des Klinikmodells getroffen werden. Folgende Themen werden in diesem Kapitel näher beleuchtet:

1. *Verbesserung des Gesundheitsverhaltens*
2. *Verbesserung des allgemeinen funktionalen Gesundheitszustandes*
3. *Verbesserung der Aktivitätseinschränkungen*
4. *Verbesserung der Teilhabe(-chancen)*
5. *Inanspruchnahme und Prozessmanagement*
6. *Erste Ergebnisse einer ökonomischen Analyse zur Kostenwirksamkeit der MBO-Rehabilitation*

Effekte können hierbei wieder nur innerhalb der Bedarfsgruppen (also zwischen U^+ und K^+ bzw. U^- und K^-) abgeleitet werden. Zwischen den jeweiligen MBO-Gruppen lassen sich aufgrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen keine oder nur ungesicherte Erkenntnisse ziehen.

8.1 Verbesserung des Gesundheitsverhaltens

Die (positive) Veränderung des Gesundheitsverhaltens ist schon im vorigen Kapitel näher beleuchtet worden. Es wurde festgestellt, dass die Klinik – unter Bezugnahme zum HAPA-Modell – es schafft, die Patienten für ihr Risikoverhalten zu sensibilisieren, also eine gewisse Risikowahrnehmung bezüglich schädigenden Gesundheitsverhaltens zu initiieren. Jedoch konnten (noch) keine Absichtsbildungen zur Veränderung dieses Risikoverhaltens allgemein nachgewiesen, geschweige ein spezifischer MBO-Effekt gemessen werden.

Man kann davon ausgehen, dass die MBO-Behandlung hier keine direkten Zielformulierungen bzgl. eines riskanten Gesundheitsverhaltens, wie es hier analysiert wird, verfolgt. Natürlich besteht ein zentrales Ziel auch oder gerade der MBO-Behandlung darin, bei den Patienten kognitive oder behaviorale Änderungen bzgl. des Schmerzverhaltens voranzutreiben. Eine solche Verhaltensänderung ist allerdings nicht Bestandteil dieses Kapitels. Dadurch wird es schwer sein, MBO-Effekte zu identifizieren. Als allgemeines Therapieziel einer orthopädischen Rehabilitation sollte, unabhängig von der MBO-Behandlung, eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens erreicht werden. Einzig nichtintendierte, motivationale „Begleitwirkungen“ können von einer intensiveren beruflichen Auseinandersetzung erwartet werden. Beispielsweise besteht bei Patienten, die an der MBO-Behandlung teilnehmen, die Vermutung, dass bei ihnen durch diese intensive Auseinandersetzung Prozesse ausgelöst werden, die dazu führen, auch eine Revision ihrer allgemeinen Lebensweise vorzunehmen.

In diesem Kapitel soll sich in zwei Schritten diesem Problem zugewandt werden. Im ersten Teil erfolgt eine deskriptive Darstellung der Verhaltensänderungen verschiedener Parameter des Gesundheitsverhaltens im Vergleich zu t_1 (vor Beginn der Rehabilitation). Dabei wird sich auf die drei Risikofaktoren Rauchen, Alkoholkonsum und fehlende sportliche Betätigung konzentriert. Eine gruppenübergreifende Veränderung kann hier als allgemeiner Reha-Erfolg gewertet werden, weil dadurch ein Abbau der Barrieren zur Erreichung einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit erfolgt. Allerdings ist dieser allgemeine Reha-Erfolg nicht durch kontrollierte Schätzungen abgesichert und somit nur durch Plausibilitätsaussagen repräsentierbar.

Methodisch wird der Erfolg über eine 2x2-Tabelle geprüft. Dabei kommt das Maß des McNemar-Tests zum Einsatz, das die Anteile der falsch Positiven und falsch Negativen in Relation zueinander setzt. Ist die Veränderung zwischen positiver und negativer Veränderung ausreichend groß, dann zeigt dieser Test einen signifikanten Effekt an. Zusätzlich, jedoch nicht ausführlicher berichtet, wurde zu jeder Quotenänderung ein GLM-Modell mit den bekannten Kontrollfaktoren geschätzt, um etwaige Zeit- oder gar Wechselwirkungen abzusichern. Grafisch wird auf die schon bekannte Darstellung der unterschiedlichen Erfolgsquoten zurückgegriffen, an denen sich sowohl die beiden Quoten zu t_1 und t_3 als auch die positive und negative Veränderung ablesen lassen. Im zweiten Teil erfolgt eine Kontrolle des HAPA-Modells nach Schwarzer unter Berücksichtigung spezifischer MBO-Effektprüfungen. Daraus lassen sich etwaige MBO-Effekte extrahieren und praktische Empfehlungen für die allgemeine Behandlung der Klinik entwickeln.

Die Ergebnisse dieses Kapitels beziehen sich vollständig auf die katamnestische Befragung zu t_3 . Es wurde demzufolge auf eine erneute Erhebung des Gesundheitsverhaltens und seiner intentionalen Komponenten nach einem Jahr verzichtet, weil davon ausgegangen wird, dass eine Änderung des Gesundheitsverhaltens aufgrund der durchgeführten medizinischen

Rehabilitation nach einem halben Jahr schon messbar ist und sich in den darauf folgenden sechs Monaten nicht mehr substantiell ändern wird bzw. die Änderungen schwerlich auf die medizinische Rehabilitationsbehandlung ein Jahr davor beziehen. Die folgenden Analysen basieren also auf der Stichprobe zu t_3 (N=373).

8.1.1 Nikotin, Alkohol und sportliche Betätigung

In Tab. 8-1 sind die Nichtraucherquoten der Stichprobe in Abhängigkeit zu den MBO-Gruppen dargestellt. Die Gruppen haben, mit Ausnahme der Gruppe K^+ (39%), eine Ausgangsquote von etwa 50% bis 60%. In allen vier Gruppen liegt die Quote nach sechs Monaten höher. Beide MBO^- -Gruppen und die Gruppe U^+ erreichen zu t_3 eine Nichtraucherquote von über 60%, wobei die Zunahme nach Prüfung des McNemar-Tests einzig in der Gruppe U^+ signifikant ist. Hier kann also von einem MBO-Effekt gesprochen werden. Dieser ist v.a. bedeutsam im Vergleich zur Kontrollgruppe K^+ , die eine nicht signifikante Verbesserung von 2%-Punkten zu verzeichnen hat. Unter Umständen kann an der Nichtraucherquote ein solcher oben beschriebener motivationaler Begleiteffekt abgeleitet werden. Die Patienten, die die MBO-Behandlung durchlaufen und tatsächlich einen MBO-Bedarf besitzen, sind nach der Maßnahme anscheinend so motiviert und auch sensibilisiert, dass sie grundlegende Entscheidungen (und dazu gehört die Entscheidung das Rauchen aufzugeben) fähig sind zu treffen. Um in der Argumentation des HAPA-Modells zu bleiben, werden die Selbstwirksamkeitserwartungen dieser Patienten so gesteigert, dass sie in die Lage versetzt werden, ihr Verhalten tatsächlich zu ändern.

Tab. 8-1: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Nichtraucherquote

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
Nichtraucher zu t_1	32	39,0	39	52,0	66	58,4	56	58,9
Nichtraucher zu t_3	34	41,5	46	61,3	69	61,1	59	62,1
t_1 : Raucher → t_3 : Nichtraucher	3	3,7	8	10,7	5	4,4	4	4,2
t_1 : Nichtraucher → t_3 : Raucher	1	1,2	1	1,3	2	1,8	1	1,1
N gesamt	82		75		113		95	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁺ (mit Behandlung):** McNemar=4.69, $p < .05$

MBO⁻ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁻ (mit Behandlung):** n.s.

Eine Kontrolle dieser Ergebnisse anhand eines GLM-Modells bestätigt diese Argumentation allerdings nicht. Unter Kontrolle von Arbeitslosigkeit und Pain Disability Index (PDI) kann keine Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit in der MBO^+ -Stichprobe festgestellt werden. Jedoch sollte man vorsichtig bei der Interpretation dieses Ergebnisses sein, handelt es sich doch um ein Verfahren zur Prüfung von metrischen Datenniveaus. Im vorliegenden Fall werden dichotome Variablen verwendet, die oft als „quasi-metrisch“ beschrieben werden.

Das bedeutet, man kann metrische Verfahren anwenden, jedoch ist die Interpretation mit Vorsicht zu genießen. Darüber hinaus ist das GLM-Modell ein eher konservatives Messmodell. Also handelt es sich bei der Erhöhung der Nichtraucherquote entweder um Zufall (und im Falle des McNemar-Tests um einen Fehler erster Art, der die Nullhypothese fälschlicherweise ablehnt) oder um ein Stichprobenproblem, das durch die Erhöhung der Fallzahlen Klarheit schaffen könnte. Dies ist letztlich nicht klärbar.

Die Tab. 8-2 ist analog zu Tab. 8-1 aufgebaut. Hier ist die so genannte „Nichttrinkerquote“ und ihre Veränderung sechs Monate nach der Rehabilitation dargestellt. Als Nichttrinker werden die Patienten definiert, die angaben, dass sie keinen Alkohol – auch nicht unregelmäßig – trinken. Innerhalb der Klinikstichprobe sind dies vor der Maßnahme gruppenabhängig zwischen 10% und 20% der Patienten. Vorweg sei angemerkt, dass auch eine Differenzierung in regelmäßige und unregelmäßige Trinker keine davon abweichenden Ergebnisse zwischen den Gruppen produziert.

Die Nichttrinkerquote steigt zu t_3 um etwa 6%-Punkte in den beiden MBO^+ -Gruppen und um 3-4%-Punkte in den beiden MBO^- -Gruppen. Die Verbesserung, also der Wechsel von Trinker zu Nichttrinker, kann brutto bei 6-8%-Punkten festgemacht werden. Jedoch relativiert sich diese Verbesserung in den beiden MBO^- -Gruppen um 3%-Punkte derjenigen, die in dem betrachteten Zeitraum den Alkoholkonsum wieder aufnehmen. Dagegen kann in den beiden MBO^+ -Gruppen keine Verschlechterung festgestellt werden. Die Verbesserungen sind in diesen Gruppen signifikant. Die Schätzung durch das GLM-Modell zeigt auch hier keine Effekte über die Zeit, geschweige denn eine Wechselwirkung Gruppe x Zeit. Insgesamt kann also eingeschränkt von einem Reha-Effekt, jedoch keinem Effekt der MBO-Behandlung beim Alkoholkonsum gesprochen werden.

Tab. 8-2: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Nichttrinkerquote

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
Nichttrinker zu t_1	14	17,3	15	20,0	12	10,5	14	14,3
Nichttrinker zu t_3	19	23,5	20	26,7	17	14,9	17	17,3
t_1 : Trinker → t_3 : Nichttrinker	5	6,2	6	8,0	8	7,0	6	6,1
t_1 : Nichttrinker → t_3 : Trinker	0	0,0	1	1,3	3	2,6	3	3,1
N gesamt	81		75		114		98	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): McNemar=4.05, $p < .05$; **MBO⁺ (mit Behandlung):** McNemar=2.89, $p < .05$

MBO⁻ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁻ (mit Behandlung):** n.s.

Als dritte gesundheitsbezogene Verhaltensweise wird die sportliche Betätigung betrachtet (Tab. 8-3). Analog zu den beiden anderen Betrachtungen wird die positiv interpretierbare

Quote, also hier die Sportlerquote, analysiert. Dabei bedeutet „Sportler“, regelmäßig mindestens eine Stunde pro Woche Sport zu treiben.

Die Sportlerquote zu t_1 weist geringe Unterschiede zwischen den Gruppen auf, kann aber insgesamt auf etwa 30% festgelegt werden. Die Quoten zu t_3 sind bei den MBO^+ -Gruppen im Mittel etwa 10%-Punkte höher. Zwischen den beiden MBO^- -Gruppen sind Unterschiede wahrnehmbar. Während die Gruppe mit der herkömmlichen Behandlung eine Verbesserung um 20%-Punkte erzielt, ist es in der Gruppe, die an der MBO-Behandlung teilnahm, eine geringere Veränderung (5%-Punkte). Dies liegt zum Einen an der sehr geringen Zahl der Patienten, die eine regelmäßige sportliche Betätigung aufnehmen, zum Anderen jedoch auch an immerhin 12% der betrachteten Gruppe, die ihre vor der Maßnahme praktizierte sportliche Betätigung wieder aufgeben. Zu diesem Ergebnis kommt auch das GLM-Modell, was einen signifikanten Effekt zwischen Gruppe und Zeit für die MBO^- -Stichprobe ausweist. Unter Umständen wird hier ein kontraproduktiver Effekt der MBO-Behandlung aufgedeckt, der die Patienten, die keinen beruflichen Bedarf aufweisen, also als falsch zugewiesen gelten könnten (obwohl realistisch nicht die Zuweisung, sondern die randomisierte Zuteilung dafür zuständig ist), weniger dazu motiviert sind, sportlich tätig zu werden. Glücklicherweise wird dieser Effekt nicht in den MBO^+ -Gruppen entdeckt. Hier liegt eine stabile (allerdings nicht signifikante) Verbesserung von 10%-Punkten in beiden Untersuchungsgruppen vor.

Ein weiterer Fakt ist die verglichen mit den beiden anderen Verhaltensweisen hohe Relativierung der Veränderung durch die 10%, die ihre sportliche Betätigung im Vergleich zu Beginn der Rehabilitation wieder abgestellt haben. Was bringt die Patienten dazu? Liegt es vielleicht an der Behandlung, sind sie also so enttäuscht von der Therapie oder auch dem Ergebnis der Diagnose, dass sie meinen, es „gleich lassen zu können“? Dies kann nur vermutet werden.

Tab. 8-3: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Sportlerquote (Sportler: mindestens eine Stunde in der Woche Sport treiben)

	MBO ⁺				MBO ⁻			
	K ⁺		U ⁺		K		U	
	N / %							
Sportler zu t_1	17	21,8	23	31,5	37	32,2	34	35,1
Sportler zu t_3	23	29,5	31	42,5	61	53,0	39	40,2
t_1 : Nichtsportler → t_3 : Sportler	16	20,5	15	20,5	30	26,1	17	17,5
t_1 : Sportler → t_3 : Nichtsportler	10	12,8	7	9,6	6	5,2	12	12,4
N gesamt	78		73		115		97	

Signifikanztest (McNemar-Test)

MBO⁺ (ohne Behandlung): n.s.; **MBO⁺ (mit Behandlung):** n.s.

MBO⁻ (ohne Behandlung): McNemar=15.34, $p < .05$; **MBO⁻ (mit Behandlung):** n.s.

8.1.2 Analyse der Einflussfaktoren auf die Verhaltensänderung

Im zweiten Teil der Analyse wird anhand des HAPA-Modells geprüft, ob die Patienten, unabhängig von ihrer tatsächlichen Verhaltensänderung, eine Absichtsbildung auf Basis der in der Klinik bewirkten Erwartungen entwickelt haben. In Kapitel 7.3 wurde die Idee des HAPA-Modells schon ausführlich erläutert. Zur Erinnerung sei hier noch einmal skizzenhaft erwähnt: Bevor laut diesem gesundheitspsychologischen Erklärungsmodell eine Verhaltensänderung wirksam ist, werden unterschiedliche Entwicklungsstufen durchlaufen, die von der reinen Risikowahrnehmung, also der Einsicht des Patienten, etwas Kontraproduktives zu tun, über die Erhöhung der Konsequenz- und Kompetenzerwartung bis zur eigentlichen Absichtsbildung (auch Änderungsintention genannt) reichen. Dabei postuliert das HAPA-Modell einen prozessualen Charakter, was methodisch bedeutet, dass sich die Intentionbildung durch die Entwicklung von Erwartungen erklären lassen müsste und weiterhin die Verhaltensänderung als eine Funktion aus Änderungsintention und Konsequenzerwartungen darstellbar ist.

Tab. 8-4: Regressionsmodelle gesamt und getrennt nach Bedarfsgruppen zur Schätzung der Änderungsintention sechs Monate nach der Maßnahme bzgl. regelmäßigem Sport

abh. Variable: Änderungsintention t₃	1. Modell:			2. Modell:		
	KoeffizientB	T-Wert	Signifikanz	KoeffizientB	T-Wert	Signifikanz
Modell 1: Gesamtstichprobe (N=319)						
Änderungsdruck t ₂	0,15	0,851		---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	0,15	0,661	
Konsspor t ₂	0,42	2,748	**	0,48	3,410	**
Kompspor t ₂	0,48	3,925	**	0,45	3,518	**
teil	0,13	0,637		0,10	0,501	
Modell-Parameter	$R^2(korr)=0.09, F=8.951, p<.05$			$R^2(korr)=0.09, F=9.014, p<.05$		
Modell2: MBO⁺-Patienten (N=134)						
Änderungsdruck t ₂	0,19	0,641		---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	-0,06	-0,135	
Konsspor t ₂	0,45	1,821	**	0,51	2,133	**
Kompspor t ₂	0,54	2,685	**	0,56	2,723	**
teil	0,13	0,349		0,05	0,145	
Modell-Parameter	$R^2(korr)=0.09, F=4.961, p<.05$			$R^2(korr)=0.08, F=3.987, p<.05$		
Modell 3: MBO⁻-Patienten (N=185)						
Änderungsdruck t ₂	0,09	0,395		---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	0,247	0,881	
Konsspor t ₂	0,46	2,364	**	0,525	2,992	**
Kompspor t ₂	0,39	2,488	**	0,340	2,074	**
teil	0,14	0,549		0,131	0,514	
Modell-Parameter	$R^2(korr)=0.08, F=4.098, p<.05$			$R^2(korr)=0.09, F=5.307, p<.05$		

Anmerkungen:

Variablen Änderungsdruck(metrisches Niveau 1-4 mit 4=ganz starker Druck), konsspor=Konsequenzerwartung Sport, kompspor= Kompetenzerwartung Sport (metrisches Niveau 1-5 mit 1=niedrige Erwartung), teil=Teilnahme an MBO-Behandlung, Risikoverhalten (Dummy-Variablen, 1 bedeutet Eintritt des Ereignisses)

** → signifikant auf dem 5%-Niveau (p<.05), * → signifikant auf dem 10%-Niveau (p<.10)

In den dargestellten Regressionsanalysen wird dieser Annahme nachgegangen. Frage ist hier einmal, ob die Konsequenz- und Kompetenzerwartungen (auch Selbstwirksamkeitserwartungen genannt) tatsächlich eine Voraussetzung für die Absichtsbildung sind. Zweite Frage ist, inwiefern eher die Risikowahrnehmung (also die Aussage des Patienten, dass er ein solches Risiko besitzt) oder die tatsächliche Einteilung in die Risikogruppen eine Erklärungskraft besitzen. Die Risikowahrnehmung wird über den Änderungsdruck erhoben (vgl. auch Kap. 7.3). Und schließlich wird drittens im Sinne der Studie analysiert, welchen Stellenwert die Teilnahme an der MBO-Behandlung bei der Absichtsbildung besitzt. Dazu werden – auf die gesamte Stichprobe und auch getrennt nach MBO-Bedarfsgruppen – verschiedene Regressionsmodelle geschätzt. Sollte ein Effekt der MBO-Teilnahme insgesamt, also unabhängig vom Bedarf, bestehen, so müsste im Gesamtmodell ein signifikanter Einfluss der Teilnahme auf die Variable Änderungsintention vorherrschen. Ein Effekt in Abhängigkeit vom diagnostizierten MBO-Bedarf stellt sich über die signifikante Beziehung von MBO-Teilnahme und Änderungsintention innerhalb der MBO-bedarfsbezogenen Schätzmodelle (jeweils zweiter und dritter Teil der Tabellen) dar.

Tab. 8-4 zeigt die unterschiedlichen Regressionsmodelle für die regelmäßige sportliche Betätigung. Es werden pro Teilstichprobe zwei unterschiedliche Modelle berechnet. Das 1. Modell beinhaltet den Änderungsdruck, die Konsequenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen und die Teilnahme an der MBO-Behandlung, das zweite integriert dieselben Variablen, jedoch wird statt des Änderungsdrucks das tatsächliche Risikoverhalten als Erklärungsvariable verwendet. So stellt sich laut Modellhypothese die Änderungsintention (Absichtsbildung) sechs Monate nach der Behandlung als Funktion aus dem Änderungsdruck nach Ende der Behandlung/dem Risikoverhalten vor der Rehabilitation, den Konsequenzerwartungen und den Selbstwirksamkeitserwartungen nach Ende der Rehabilitation und schließlich der Teilnahme am MBO-Modell dar.

Allgemein ist ersichtlich, dass die Erklärungsvarianz modellübergreifend mit etwa 10% eher im unteren Bereich liegt. Jedoch ist das Modell laut F-Test statistisch abgesichert. Was die erste Frage betrifft: Weder der Änderungsdruck nach der Maßnahme noch das Risikoverhalten vor der Maßnahme können die Änderungsintentionen ausreichend erklären. Scheinbar entwickeln sich diese unabhängig von diesen Faktoren. Es ist also relativ unwichtig, ob der Patient vor der Maßnahme Sport treibt bzw. ob er nach Ende der Behandlung die Relevanz einer Verhaltensänderung verspürt. Viel wichtiger – und damit zu Frage 2 – ist es laut Modell, bei den Patienten während der Rehabilitation die Konsequenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen zu verbessern. Das bedeutet praktisch, dass die Patienten wissen, welche positiven und negativen Folgen sich aus einer Verhaltensänderung ergeben bzw. dass sie es sich zutrauen, diese Änderung herbeizuführen, auch wenn dies mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist.

Bezüglich der Teilnahme am MBO-Modell der Klinik lässt sich konstatieren – und dies wurde erwartet –, dass weder allgemein noch in Abhängigkeit von einem diagnostizierten MBO-Bedarf Effekte der MBO-Behandlung erwartbar sind.

In Tab. 8-5 sind dieselben Schätzmodelle zur Erklärung der Absicht, die Ernährung zu verbessern, dargestellt. Hier existieren etwas andere, heterogenere Ergebnisse. Erstens kann festgestellt werden, dass die Erklärungskraft der Modelle in Abhängigkeit vom MBO-Bedarf variiert. Während in den MBO-Gruppen die erklärte Varianz bei 11% bzw. 7% liegt,

ist sie in den MBO⁺-Gruppen mit 15% und 16% erheblich höher. Das bedeutet, dass das Modell für die Patienten mit MBO-Bedarf besser spezifiziert ist. Der Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartungen verschwindet für die Absicht einer Ernährungsumstellung allerdings. Signifikanten Einfluss besitzen im ersten Modell die Konsequenzerwartung und der Änderungsdruck, also die Einsicht, dass „unbedingt etwas getan werden muss“. Bezüglich der Ernährung scheint es wichtig zu sein, den Patienten klar zu machen, dass es mit ihrem bisherigen Lebensstil nicht so weiter gehen kann und welche (positiven) Konsequenzen es hätte, wenn sie sich gesünder ernähren würden.

Tab. 8-5: Regressionsmodelle gesamt und getrennt nach Bedarfsgruppen zur Schätzung der Änderungsintention sechs Monate nach der Maßnahme bzgl. gesunder Ernährung

abh. Variable: Änderungsintention t₃	1. Modell:			2. Modell:		
	KoeffizientB	T-Wert	Signifikanz	KoeffizientB	T-Wert	Signifikanz
Modell 1: Gesamtstichprobe (N=313)						
Änderungsdruck t ₂	0,44	3,803	**	---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	0,34	1,899	*
Konseat t ₂	0,40	4,131	**	0,47	4,701	**
Kompeat t ₂	0,11	1,112		0,09	0,844	
teil	0,04	0,275		-0,07	-0,473	
Modell-Parameter	<i>R²(korr)=0.13, F=12.765, p<.05</i>			<i>R²(korr)=0.09, F=8.602, p<.05</i>		
Modell 2: MBO⁺-Patienten (N=136)						
Änderungsdruck t ₂	0,52	2,697	**	---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	0,85	3,044	**
Konseat t ₂	0,44	3,097	**	0,40	2,668	**
Kompeat t ₂	0,21	1,382		0,28	1,685	*
teil	0,11	0,460		-0,02	-0,070	
Modell-Parameter	<i>R²(korr)=0.15, F=6.997, p<.05</i>			<i>R²(korr)=0.16, F=6.707, p<.05</i>		
Modell 3: MBO⁻-Patienten (N=177)						
Änderungsdruck t ₂	0,39	2,534	**	---	---	---
Risikoverhalten t ₁	---	---	---	-0,01	-0,063	
Konseat t ₂	0,40	2,920	**	0,52	3,868	**
Kompeat t ₂	0,02	0,167		-0,02	-0,158	
teil	0,01	0,042		-0,07	-0,352	
Modell-Parameter	<i>R²(korr)=0.11, F=6.160, p<.05</i>			<i>R²(korr)=0.07, F=3.996, p<.05</i>		

Anmerkungen:

Variablen konseat=Konsequenzerwartung Ernährung, kompeat=Kompetenzerwartung Ernährung (metrisches Niveau 1-5 mit 1=niedrige Erwartung), teil=Teilnahme an MBO-Behandlung, Risikoverhalten (Dummy-Variablen, 1 bedeutet Eintritt des Ereignisses)

** → signifikant auf dem 5%-Niveau (p<.05), * → signifikant auf dem 10%-Niveau (p<.10)

Im zweiten Modell, wo der Änderungsdruck durch die Risikoeinteilung, also den tatsächlichen ernährungsbezogenen Bedarf, ersetzt wurde, ist die zentrale Erklärungsvariable wiederum die Konsequenzerwartung. In allen drei Teilstichproben besitzt diese Variable einen signifikanten Einfluss auf die Absichtsbildung. Das Risikoverhalten zeigt dagegen nur für die MBO⁺-Patienten einen statistisch signifikanten Einfluss. Inhaltlich heißt dies, dass die bedürftigen Patienten, nämlich die eher übergewichtigen, auch eine höhere Absichtsbildung zur Ernährungsumstellung entwickeln. Die Teilnahme an der MBO-Behandlung zeigt keine signi-

fikanten Einflüsse. Das bedeutet insgesamt, dass die Klinik auf dem richtigen Weg ist, wenn sie die Patienten dafür sensibilisiert, dass sie eine ungesunde Lebensweise an den Tag legen und in Schulungsprogrammen über die Konsequenzen einer ungesunden Lebensweise aufklärt.

Es können für alle betrachteten Verhaltensweisen – Rauchen, Alkoholkonsum und sportliche Betätigung – insgesamt signifikante Verbesserungen berichtet werden. Bei Alkoholkonsum und Rauchen erhöht sich der Anteil der Nichtkonsumenten in der Stichprobe um jeweils 5%, und bei Sport sind es gar 12% mehr Patienten, die im Vergleich zu Beginn der Maßnahme sechs Monate danach regelmäßig Sport treiben. Dies deutet auf einen Reha-Erfolg bei der Vermittlung von gesunden Lebensweisen hin. MBO-spezifische Effekte können nicht nachgewiesen werden. Doch ist dies auch kein originäres Ziel der MBO-Behandlung der Klinik.

Wenn die Klinik weiter erfolgreich an der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens arbeiten will, so muss sie – nach empirischer Prüfung – den Patienten erstens vermitteln, dass diese eine riskante Verhaltensweise besitzen und zweitens scheint es wichtig für die Entwicklung einer Absichtsbildung zu sein, ihnen klarzumachen, mit welchen positiven und negativen Konsequenzen eine Verhaltensänderung verbunden ist.

8.2 Gesundheitlicher Status

An dieser Stelle soll kontrolliert werden, inwiefern sich Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustandes berichten lassen und diese sich auch mittel- bzw. langfristig stabilisieren können. Neuere Studien aus dem Bereich der orthopädischen Rehabilitation (z.B. Kluth et al. 2004, Dibbelt et al. 2004) zeigen, dass v.a. die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit und die Wahrnehmung von Schmerzen nach der Maßnahme stabil bleiben. Weiterhin belegen neuere Studien zur Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation, dass spezielle Programme zur Behandlung von homogeneren Patientengruppen (z.B. berufsbezogene Beratungs- und Behandlungsangebote, Greitemann et al. 2004) von vornherein höhere Effekte in der Untersuchungsgruppe initiieren, die unter gewissen Umständen auch stabil bleiben. Insbesondere im physischen Bereich wurden hier Verbesserungen gemessen.

Deswegen sollen hier zwei zentrale Thesen aufgestellt und geprüft werden: Erstens wird angenommen, dass insbesondere auf der Ebene der allgemeinen Gesundheit und der Wahrnehmung von Schmerzen die Effekte nach zwölf Monaten im Vergleich zum Ende der Behandlung gruppenübergreifend weniger stark zurückgehen als bei psycho-sozialen Parametern (Depressivität, Angststörungen). Zweitens wird angenommen, dass die gesonderte Behandlung (MBO-Modell) der Klinik einen hohen Beitrag zu dieser Stabilität leistet. Spezifische MBO-Effekte werden nur bedingt erwartet. Dies resultiert aus der Erkenntnis, dass die hier verwendeten Instrumente im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen anzusiedeln sind. Dieser Bereich der funktionalen Gesundheit ist keine zentrale Dimension bei der Erfolgsmessung berufsbezogener Maßnahmen. Diese zeigen ihre Stärke, wie schon mehrfach angemerkt, eher im Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe.

Methodisch wird zu Beginn wie folgt vorgegangen: Sämtliche Daten liegen auf metrischem Niveau vor. Das bedeutet, es ist möglich, die Effekte durch einen Längsschnittvergleich von t_1 zu t_4 mit Hilfe eines General Linear Model (GLM) zu prüfen. Dabei werden jeweils gestufte Modelle berechnet. Das erste Modell beinhaltet einzig die Effekte Zeit, Gruppe und Gruppe x Zeit im Vergleich der Randomisierungsgruppen. Das zweite Modell prüft diese Haupteffekte

unter Kontrolle der schon bekannten Störgrößen. Dargestellt werden dabei die durch die Modelle geschätzten Mittelwerte von t_1 zu t_4 . Im Text berichtete Effektstärken basieren auf den beobachteten Werten.

8.2.1 Aktueller Gesundheitszustand

Die Abb. 8-1 zeigt die Veränderung des aktuellen Gesundheitszustandes, gemessen durch die Visuelle Analogskala des EuroQol, bis zwölf Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Rehabilitation. Insgesamt können gruppenübergreifende Verbesserungen über die Zeit für die MBO⁺-Gruppen festgestellt werden. MBO-spezifische Effekte werden einzig zwischen den beiden MBO⁻-Gruppen deutlich: Die Gruppe K⁻ zeigt einen signifikant verbesserten Gesundheitszustand nach zwölf Monaten im Vergleich zur Gruppe U⁻. Während die erstgenannte Gruppe mit herkömmlicher Behandlung nach einem Jahr eine Effektstärke von $d_{K^-} = -.29$ aufweist, kann die vergleichbare Gruppe mit MBO-Behandlung keine substantielle Verbesserung nach einem Jahr berichten ($d_{U^-} = .06$).

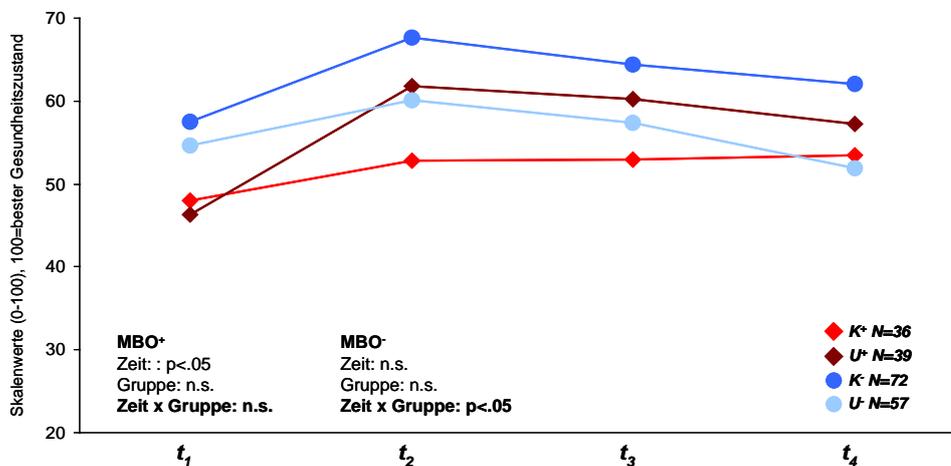


Abb. 8-1: Veränderung des aktuellen Gesundheitszustandes $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren nach EuroQol (0-100, 100=beste Gesundheit)

Im Vergleich der beiden MBO⁺-Gruppen zeigt sich kein signifikanter Effekt über die Zeit. Trotzdem wird für die bedarfsgerecht behandelte Gruppe U⁺ eine mittlere Effektstärke nachgewiesen ($d_{U^+} = -.59$), während für die Kontrollgruppe nur eine kleine Effektstärke berichtet werden kann ($d_{K^+} = -.26$). Dies korrespondiert mit der Erkenntnis, dass die Untersuchungsgruppe zu t_2 einen im Vergleich deutlich verbesserten aktuellen Gesundheitszustand zeigt, der sich allerdings über die Zeit nicht auf diesem Niveau halten kann.

Die Ergebnisse sind konform zu herangezogenen Vergleichsstudien. Allerdings ist bei einem solchen Vergleich immer zu berücksichtigen, dass die evaluierten Programme sich in ihrer Wirksamkeit unterscheiden, weil sie strukturell anders aufgebaut sind und dadurch auch unterschiedliche Ziele verfolgen. Zusätzlich sollte angemerkt werden, dass – unter Vorbehalt der eingeschränkten Vergleichbarkeit – die vorliegenden Studien mit quasi-experimentellen Studiengruppen arbeiten. Das bedeutet, dass eine fundierte Aussage nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Hier jedoch wird in einem experimentellen Design nachgewiesen, wozu eine bestimmte Behandlungsstrategie (hier das MBO-Modell der Klinik Niedersachsen) in der

Lage ist, wo also die Stärken dieser berufsorientierten Maßnahme zu suchen sind. Dabei zeigen sich keine MBO-Effekte in der Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes.

8.2.2 Wahrnehmung von Schmerzen

Die folgende Analyse widmet sich der Prüfung der Veränderungshypothese bzgl. der Wahrnehmung der Schmerzen. Dabei wurde in der Befragung nach drei verschiedenen Schmerzen gefragt. Zum Einen sollte von den Patienten eine Einschätzung der aktuellen Schmerzen, zum Anderen der durchschnittlichen bzw. maximalen Schmerzstärke vorgenommen werden. Dabei bezieht sich das Zeitfenster der letztgenannten Einschätzungen zum Zeitpunkt vor der Maßnahme auf die letzten drei Monate, zu allen anderen Zeitpunkten wurde nach den letzten sieben Tagen gefragt. Alle drei Einschätzungen wurden anschließend zu einer Mittelwertskala „Schmerzempfinden“ zusammengefasst.

Abb. 8-2 zeigt ein zur Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes ähnliches Bild. Abweichend fällt jedoch auf, dass die Patienten gruppenübergreifend auch zwölf Monate nach der Maßnahme noch eine deutliche Verbesserung des Schmerzniveaus angeben. Dies äußert sich in einem signifikanten Haupteffekt über die Zeit. Dabei kann zwischen den beiden MBO⁺-Gruppen kein MBO-Effekt nachgewiesen werden. Dieser ist jedoch wiederum zwischen den beiden MBO⁻-Gruppen nachweisbar. Die Gruppe U⁻, also die Gruppe, welche eine MBO-Behandlung erhielt, obwohl kein solcher Bedarf diagnostiziert wurde, zeigt insbesondere im letzten Zeitfenster zwischen t₃ und t₄ eine stärkere Zunahme des Schmerzempfindens im Vergleich zur Kontrollgruppe K⁻.

Insgesamt bewegen sich die Effekte fast durchgehend im hohen Bereich (d_{U⁺}=1.12, d_{K⁺}=.85, d_{K⁻}=.80). Das spricht für die starke Verbesserung des Schmerzempfindens noch ein Jahr nach der Maßnahme. Eine Ausnahme bildet die schon angesprochene Gruppe U⁻, welche mit d_{U⁻}=.42 nur eine kleine Effektstärke ausweist.

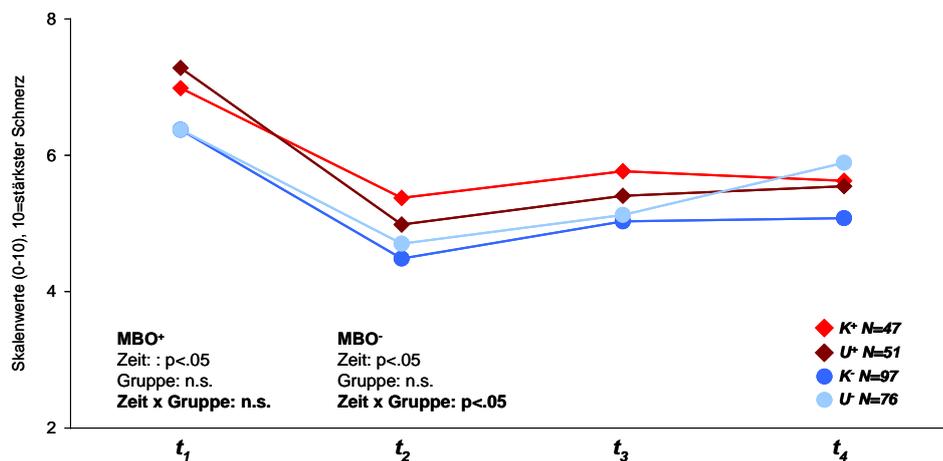


Abb. 8-2: Veränderung des der Schmerzeinschätzung t₁ – t₄ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-10, 10=stärkster Schmerz)

8.2.3 Angst und Depressivität

Schließlich interessieren die Veränderungen der psycho-sozialen Parameter im Kontext der Körperstrukturen und -funktionen. Es werden wiederum keine direkten MBO-Effekte erwartet.

Diese Hypothese stützt sich auf vergleichbare Studien, die eine berufsorientierte Maßnahme in der medizinischen Rehabilitation evaluierten (z.B. Greitemann et al. 2004). Inhaltlich kann dabei argumentiert werden, dass solche funktionell orientierten MBO-Modelle wie das der Klinik Niedersachsen natürlich auch die psychische Konstitution des Patienten mit berücksichtigen, jedoch keine expliziten psychologischen Zielstellungen verfolgen und deshalb natürlich seine Überlegenheit auch eher im körperlichen Bereich zeigen sollten.

Dies machen die Analysen der mittel- bis langfristigen Entwicklung der beiden HADS-Skalen zur Depressivität und Ängstlichkeit (Abb. 8-3, Abb. 8-4) deutlich. Weder die einfachen GLM-Modelle noch die kontrollierten Modelle können signifikante Veränderungen über die Zeit nachweisen. Einzige Ausnahme bildet der allgemeine Zeiteffekt für die MBO⁺-Patienten bzgl. der Depressivität. Die Effektstärken spiegeln dieses Bild wider: Bezüglich der Ängstlichkeit werden kleine Effekte nachgewiesen, die aufgrund der Gruppengröße als nicht robust genug gelten können. Die Depressivitätswerte zeigen ebenfalls keine Veränderungen. Einzig die Gruppe U⁺ hat mit $d_{U^+}=.36$ eine zumindest erwähnenswerte Effektstärke, die jedoch im multivariaten Modell nicht statistisch abgesichert werden kann. Unter Umständen sind hier so kleine Verbesserungen (die ja sichtbar, jedoch nicht statistisch signifikant sind) messbar, dass erst durch die Analyse größerer Stichproben tatsächlich nachweisbar wird, wie die Rehabilitation im Allgemeinen und die MBO-Behandlung im Besonderen auf den psychosozialen Bereich einwirken. Es ist auch möglich, dass das Instrument des HADS zu unspezifisch und dadurch nicht sensitiv genug ist, um etwaige Verbesserungen der emotionalen Situation der Patienten, die eine berufsbezogene Maßnahme bewirken (z.B. in Form von besseren Schmerzverarbeitungsstrategien), hervorrufen könnte. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Patienten zur stabilen Verbesserung ihrer psychischen Konstitution einer etwas intensiveren psychologischen Unterstützung bedürfen, die innerhalb der hier betrachteten drei- bis vierwöchigen medizinischen Rehabilitation nicht leistbar ist.

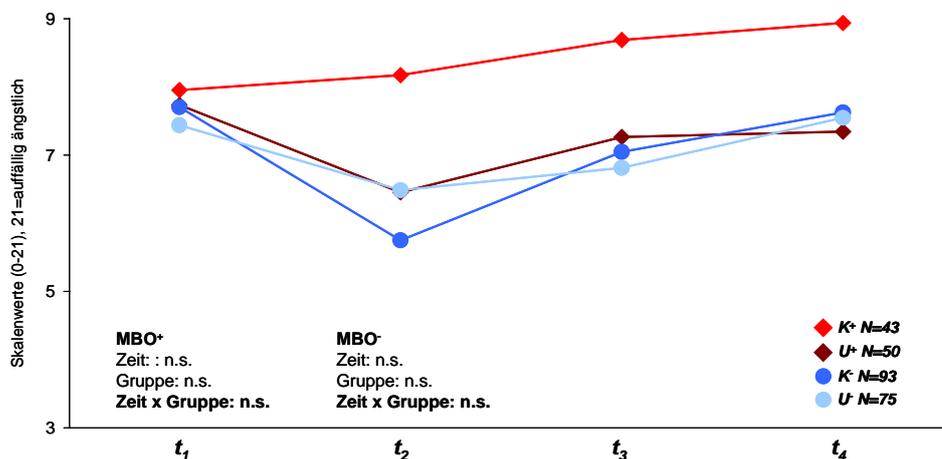


Abb. 8-3: Veränderung der Ängstlichkeit (HADS) t₁ – t₄ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-21, 21=auffällig ängstlich)

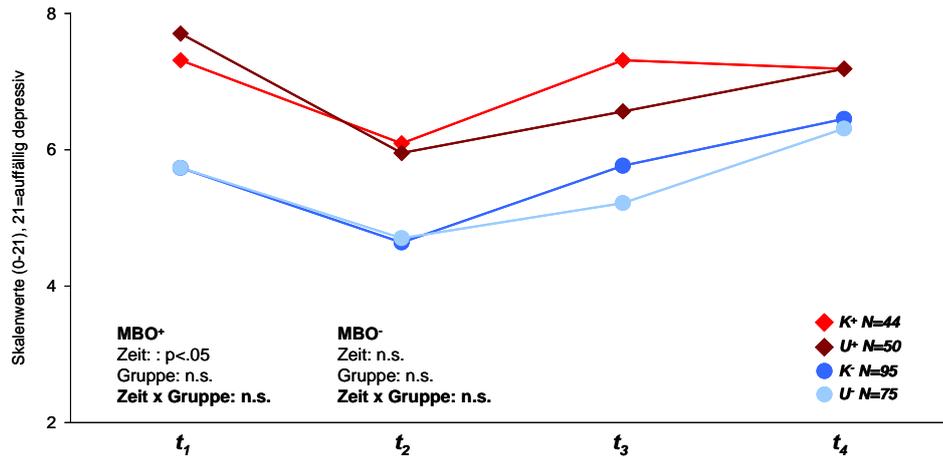


Abb. 8-4: Veränderung der Depressivität (HADS) $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-21, 21=auffällig depressiv)

8.2.4 Analyse zur Stabilität der Effekte

Zur besseren Veranschaulichung ist abschließend in Tab. 8-6 und Tab. 8-7 ein direkter Vergleich der gruppenbezogenen Effektstärken für die Zeitpunkte t_2 bis t_4 angestellt worden. Dabei sind nur Effektstärken ab .20 ausgewiesen. Mittlere und hohe Effektstärken werden durch unterschiedlich starke Grautöne besonders hervorgehoben. So kann ein umfassendes Bild bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustandes gewonnen werden.

Wie ersichtlich können die kurzfristig erreichten, z.T. sehr starken, Verbesserungen v.a. in der Gruppe U^+ , also der MBO-Gruppe mit entsprechender Behandlung zwölf Monate nach der Maßnahme stabil auf einem mittleren bzw. hohen Niveau gehalten werden. Dies ist bis auf die beiden Skalen des HADS nachweisbar. Auch die Gruppe K^- zeigt eine ähnliche Tendenz zur Stabilisierung der erreichten Effekte. In den beiden anderen Gruppen verringern sich die Verbesserungen größtenteils wieder auf ein niedrigeres Niveau bzw. verschwinden ganz. Besonders stabile Effekte, und dies gruppenübergreifend, werden für die Einschätzung des Schmerzempfindens erreicht.

Tab. 8-6: Vergleich der Effektstärken für die MBO⁺-Vergleichsgruppen für die Messzeitpunkte t_2 , t_3 und t_4

	K ⁺			U ⁺		
	d _{t1-t2}	d _{t1-t3}	d _{t1-t4}	d _{t1-t2}	d _{t1-t3}	d _{t1-t4}
Aktuelle Gesundheit	.62	.45	.26	.76	.53	.59
Schmerzempfinden	1.26	.90	.85	1.47	1.25	1.12
Ängstlichkeit (HADS)				.59	.22	
Depressivität (HADS)	.52			1.04	.36	

Anmerkungen:

Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $(MW_a - MW_b) / SD_{ab} \cdot \sqrt{2}$

positive Werte bedeuten Verbesserungen, negative Werte bedeuten Verschlechterung

kleine Effektstärken (>.20 bis .50) weiß, mittlere (>.50 bis .80) hellgrau, große Effektstärken (>.80) dunkelgrau;

Effektstärken $\leq .20$ nicht dargestellt

Es fällt auf, dass die Effekte, die direkt nach Abschluss der Maßnahme gemessen werden, bei fast allen Parametern im mittleren Bereich liegen. Insbesondere die entsprechend ihres diagnostizierten Bedarfs behandelten Patienten (U⁺, K⁻) zeigen große kurzfristige Verbesserungen an. Auffallend ist z.B. die hohe Effektstärke auf der Skala Depressivität des HADS in der Gruppe U⁺. Würde man die Effekte einzig auf Basis der kurzfristigen Messungen berechnen, würde man zu einem etwas anderen Bild kommen. Allerdings ist auch aus vielen anderen Studien bekannt, dass die Verbesserungen kurz nach Ende der Maßnahme eher dem so genannten Urlaubseffekt geschuldet sind denn direkte Erfolgsaussagen über die jeweilige Maßnahme zulassen.

Tab. 8-7: Vergleich der Effektstärken für die MBO⁻-Vergleichsgruppen für die Messzeitpunkte t₂, t₃ und t₄

	K ⁻			U ⁺		
	d _{t1-t2}	d _{t1-t3}	d _{t1-t4}	d _{t1-t2}	d _{t1-t3}	d _{t1-t4}
Aktuelle Gesundheit	.63	.53	.29	.42	.20	
Schmerzempfinden	1.36	.93	.80	1.24	.84	.42
Ängstlichkeit (HADS)	.79	.27		.39		
Depressivität (HADS)	.45			.49	.22	

Anmerkungen:

Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $(MW_a - MW_b) / SD_{ab} \cdot \sqrt{2}$

positive Werte bedeuten Verbesserungen, negative Werte bedeuten Verschlechterung

kleine Effektstärken (>.20 bis .50) weiß, mittlere (>.50 bis .80) hellgrau, große Effektstärken (>.80) dunkelgrau;

Effektstärken <= .20 nicht dargestellt

Die Auswertung der Effektstärken spricht dafür, dass auch auf der Ebene der allgemeinen Gesundheit durchaus Potenzial für die berufsbezogene Behandlung der Klinik gegeben ist und u.U. durch größere Untersuchungsstichproben auch bestätigt werden könnte. Insbesondere der Vergleich zwischen U⁺ und K⁺ auf der Ebene der Schmerzwahrnehmung zeigt dies. Die Vergleichsgruppe ohne MBO-Behandlung (K⁺) kann ihre mittleren bis großen Verbesserungen nach der Rehabilitation in nur einem Fall stabilisieren und zeigt für die psychischen Parameter Angst und Depressivität sowie für die Einschätzung der aktuellen Gesundheit mittelfristig gar keine Verbesserungen auf der Ebene mittlerer Effekte mehr. Dagegen verläuft die Entwicklung für die Gruppe U⁺ insgesamt stabiler. Die Verringerung der Effekte im psycho-sozialen Bereich fällt zusätzlich schwächer als in der Vergleichsgruppe aus, verschwindet jedoch gleichfalls.

Mit der hier untersuchten Patientenstichprobe können also statistisch mittlere bis hohe allgemeine Reha-Effekte für die Parameter der allgemeinen Körperstrukturen und -funktionen nachgewiesen werden, soweit es sich um physische Parameter handelt. MBO-spezifische Effekte werden nicht statistisch signifikant ausgewiesen, jedoch zeigt ein Vergleich der Effektstärken für den mittel- und den mittelfristigen Erfolg, dass die MBO-bezogene Behandlung für eine größere Stabilität der erreichten Effekte nach der Maßnahme spricht, diese Stabilität allerdings durch multivariate Modelle nicht nachgewiesen werden kann. Ob dies an den sehr kleinen Stichproben, an der Verwendung zu unspezifischer Instrumente oder gar an der fehlenden Überlegenheit des MBO-Modells in diesem Bereich liegt, sei dahingestellt.

8.3 Verbesserung der Aktivitätseinschränkungen und (berufsbezogenen) Teilhabechancen

Die Aktivitäten des täglichen Lebens spielen innerhalb der beruflichen Orientierung eine zentrale Rolle für die Verbesserung der funktionalen Gesundheit. Wie schon in der Analyse der Bedarfscharakteristika gezeigt, liegt hier ein großes Erklärungspotenzial für den diagnostizierten MBO-Bedarf verborgen. Auf dieser Ebene werden dementsprechend auch die zentralen MBO-Effekte erwartet. Operationalisiert wird der Bereich der Aktivitätseinschränkungen durch die beiden Instrumente des SF-36 (gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Bullinger & Kirchberger 1998) und des PDI (Pain Disability Index, Dillmann et al. 1994).

Der SF-36 misst auf acht Subskalen verschiedene Bereiche der funktionalen Gesundheit, wobei schon auf die Problematik eingegangen wurde, dass bezogen auf das Modell der ICF die Skalen nicht eindeutig nach Aktivitäten und Partizipation getrennt werden können. Teilweise sind die Subskalen eher auf der Ebene der Aktivitäten zu suchen, teilweise werden partizipationsorientierte Konstrukte operationalisiert. Speziell das Konzept der Partizipation bzw. der Einschränkungen der Partizipation ist sehr schwierig zu operationalisieren, da das Einbezogenensein in einen Lebensbereich laut ICF-Definition nicht nur durch die aktuelle Leistung, die ein Akteur zu vollbringen imstande ist, repräsentiert wird, sondern zusätzlich auch das Erfüllen von persönlichen Zielstellungen und sozialen Rollen im Allgemeinen beinhaltet. Aus diesem Grund ist die Kategorie der Partizipation eine stark subjektiv geprägte, da immer von der jeweils vorherrschenden Situation und dem Akteur abhängig. Perenboom & Chorus sind sogar der Meinung, dass die subjektive Erfahrung des Einbezogenenseins durch den Akteur immer noch der beste Indikator zur Messung der Partizipation sei: „...we think that the best judge of participation is the respondent himself.“ (Perenboom & Chorus 2003, 578). Sie definieren dementsprechend die Subskalen Körperliche Rollenfunktion und Emotionale Rollenfunktion des SF-36 als zumindest nutzbare Indikatoren des subjektiv bewerteten Einbezogenenseins in verschiedene Lebensbereiche. Die Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit und Körperliche Schmerzen dagegen können wohl eher dem Konzept der Aktivitäten zugeordnet werden.

Des Weiteren lassen die Skalen eine Differenzierung in physische und in psychische Orientierung zu. Dieser Differenzierung wird das Instrument insofern gerecht, als dass eine Zusammenfassung der Subskalen in zwei Summenskalen möglich ist, die dementsprechend *Körperliche Summenskala* und *Psychische Summenskala* heißen. Aufgabe dieses Kapitels wird es sein, die MBO-spezifischen Effekte, die durch den SF-36 messbar sind, auf die beiden genannten Differenzierungen zu beziehen. These ist hier, dass die MBO-Behandlung ihre Wirkungen v.a. in den körperorientierten Skalen und da wiederum stärker in der Bewältigung gesellschaftlicher Rollenfunktionen entfaltet.

Der PDI dagegen ist ein stark aktivitätsorientiertes Instrument. Es misst die schmerzbezogenen Beeinträchtigungen der Person in verschiedenen Lebensbereichen, also die Leistungsfähigkeit, bestimmte Situationen mit mehr oder weniger Beeinträchtigung durch Schmerzen zu meistern. Manche Lebensbereiche wie der *Beruf* und *Familie/Haus* sind explizit als gesellschaftliche Bereiche der Teilhabe definiert, andere wiederum lassen diese eindeutige Zuschreibung nicht zu (*Lebensnotwendige Tätigkeiten, Selbstversorgung*). Insgesamt wird jedoch erwartet, dass auf der Ebene der potentiellen Bewältigung von Lebensbereichen und

hier v.a. der beruflichen Tätigkeit zentrale Wirkungen des MBO-Modells der Klinik nachweisbar sind.

Beide Instrumente haben gemeinsam, und dies qualifiziert sie besonders zu zentralen Ergebnisparametern einer MBO-Rehabilitation, dass sie den Patienten dazu bringen, seine aktuelle Leistungsfähigkeit (sei es schmerzbezogen oder rein funktionell) einer Bewertung unter gegebenen Realbedingungen zu unterziehen. Es kann angenommen werden, dass hier die Situationen zentrale Bedeutung erlangen, die der Patient in seinen sozialen Lebensbereichen normalerweise antrifft (z.B. im beruflichen Alltag). Damit wird ein Evaluationskriterium angelegt, von welchem zumindest angenommen werden kann, dass es die „Leistung“ des Patienten misst.

Methodisch werden analog zum vorigen Kapitel GLM-Modelle verwendet, die zum Einen allgemeine Zeiteffekte und zum Anderen spezielle MBO-Wirkungen unter Kontrolle der bekannten Störfaktoren testen.

8.3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In einem ersten Schritt werden die Schätzmodelle für die beiden Summenskalen des SF-36 dargestellt. Es ist angenommen worden, dass der Teil des SF-36, der physische Gesundheit misst, Effekte zeigt, da es sich um eine stark aktivitäts- und funktionsbezogene Ausrichtung der Reha-Behandlung handelt. In Abb. 8-5 sind die Effekte für die *Körperliche Summenskala* des SF-36 aufgeführt.

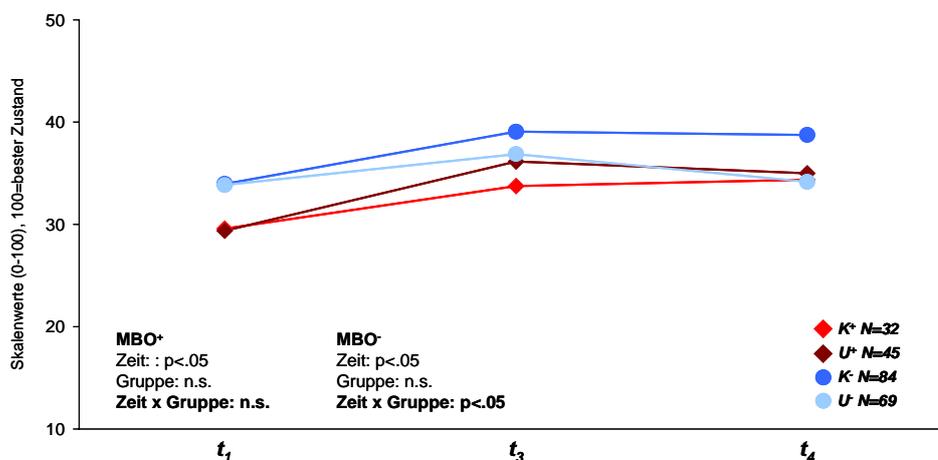


Abb. 8-5: Veränderung Körperliche Summenskala des SF-36 t₁ – t₄

Es können sowohl im allgemeinen Modell als auch unter Kontrolle der spezifischen Störvariablen innerhalb der Bedarfsgruppen Zeiteffekte berichtet werden. Diese Effekte bewegen sich in der Regel auf einem hohen Niveau ($d_{U+} = -.92$, $d_{K+} = -.84$, $d_{U-} = -.13$, $d_{K-} = -.74$). Eine Ausnahme bildet die Gruppe U⁻, die einen sehr kleinen Effekt zeigt. Dies verdeutlicht auch die multivariate Schätzung der beiden MBO-Gruppen: Es kann ein Effekt Zeit x Gruppe nachgewiesen werden. Während sich also alle anderen Gruppen auf ein höheres Niveau verbessern, verbleibt die Gruppe ohne MBO-Bedarf, die am MBO-Modell der Klinik teilnahm, auf dem Ausgangsniveau, oder besser, sinkt von einem Anstieg der Werte nach sechs Monaten ein Jahr nach der Maßnahme wieder auf ihr Ausgangsniveau zurück. Eine Erklärung hierfür zu finden ist auf den ersten Blick nicht so einfach. Jedoch sollte man in Erwägung ziehen,

dass die intensive Behandlung der berufsbezogenen Problematik, der ja auch die Patienten ohne diagnostizierten MBO-Bedarf ausgesetzt sind – schließlich handelt es sich um Rehabilitanden der Rentenversicherung – unter Umständen zu einem hohen Erwartungsdruck bei diesen geführt hat. Dementsprechend könnte der Effekt als Konsequenz enttäuschter Erwartung interpretiert werden, weil die speziell durchgeführte MBO-Behandlung nicht die gewünschten subjektiven Ergebnisse mit sich brachte.

Abb. 8-6 testet die Effekte für die *Psychische Summenskala*. Wie zu erwarten, und im vorigen Kapitel durch die HADS-Skalen zu Ängstlichkeit und Depressivität gezeigt, liegen die Effekte in einem weitaus niedrigeren Bereich. Zeiteffekte sind deshalb in den kontrollierten GLM-Modellen nicht nachweisbar. Dies unterstreicht die physische Orientierung des evaluierten MBO-Modells. Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen sind dementsprechend auch nicht darstellbar.

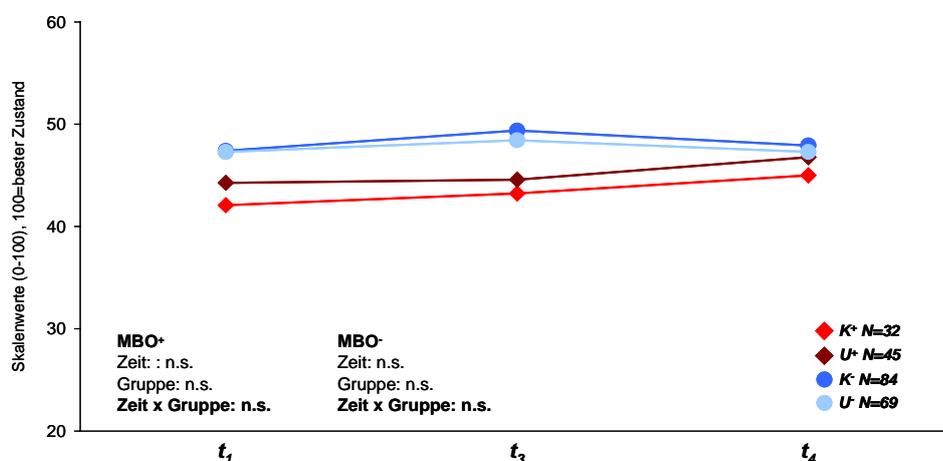


Abb. 8-6: Veränderung Psychische Summenskala des SF-36 $t_1 - t_4$

Dies spricht dafür, dass die Wirkungen der orthopädischen Behandlung insgesamt stärker im körperlichen Bereich liegen. Spezifische MBO-Effekte, und dies überrascht etwas, sind weder im körperlichen noch im psychischen Bereich nachweisbar. Doch für eine abschließende Interpretation sollten weitere Analysen auf der Ebene der Subskalen angestellt werden, denn es ist durchaus möglich, dass durch die Zusammenfassung der acht Subskalen zu den Summenskalen potenzielle Effekte überlagert werden und nicht mehr darstellbar sind. Außerdem lässt sich die These der stärker partizipationsorientierten MBO-Wirkungen erst auf dieser Ebene beantworten.

Zu diesem Zweck sind im Folgenden Veränderungsmessungen für zwei relevante Subskalen aus dem Bereich der Beeinträchtigung der Aktivitäten (dargestellt in den Abb. 8-7 und Abb. 8-8) aufgeführt. Bewusst wurden die beiden Subskalen *Körperliche Funktionsfähigkeit* und *Körperliche Schmerzen* ausgewählt, da diese die zentralen Indikatoren für die physischen Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität darstellen.

Die Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* fasst Items zusammen, die sich darauf beziehen, inwiefern der Patient in der Lage ist, gewisse Aktivitäten des alltäglichen Lebens durchzuführen. Dazu gehört z.B. „Einkaufstaschen tragen“, „Treppen steigen“ oder „mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen zu können“, also alles Tätigkeiten, die in der ICF unter die Ebene der Aktivitäten subsumiert werden. Diese Skala zeigt bei den Gruppen sehr unterschiedliche

Effekte der Behandlung zwölf Monate nach der Maßnahme, wobei allgemeine Zeiteffekte für beide MBO-Gruppen berichtet werden.

Die Subskala *Körperliche Schmerzen* speist sich aus einem Item, das sechsstufig erhebt, inwieweit die Schmerzen den Patienten daran hindern seine Alltagstätigkeiten im Beruf oder zu Hause durchführen zu können. Hier werden also schmerzbezogene Beeinträchtigungen erhoben, die sich insbesondere auf der Aktivitätsebene äußern. Die Abb. 8-8 zeigt in diesem Bereich hohe Zeiteffekte für alle Gruppen. Die Effektstärken liegen – wiederum mit Ausnahme der Gruppe U – durchweg über der Grenze für hohe Effekte (>.80). Dabei wird ein Unterschied zwischen den beiden MBO⁺-Gruppen postuliert (-1.51 gegenüber -.84), was als MBO-Effekt ablesbar wäre. Jedoch stellt sich dieser MBO-Effekt nicht in der Interpretation des GLM-Modells dar. Hier sind einzig allgemeine Zeiteffekte zu finden.

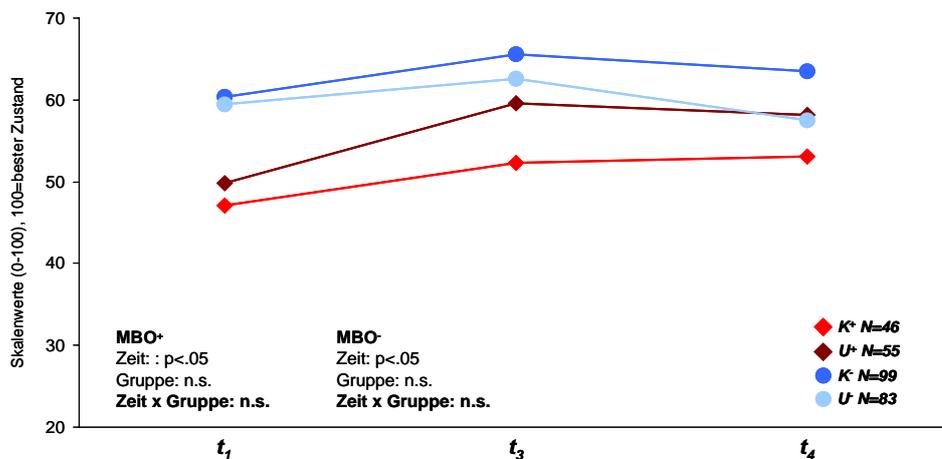


Abb. 8-7: Veränderung der Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit des SF-36 $t_1 - t_4$

Dies lässt darauf schließen, dass der physische Teil der Gesundheit laut Selbstaussage der Patienten durch die Rehabilitation allgemein verbessert werden kann. Das orthopädische Rehabilitationsmodell der Klinik schafft es, die Aktivitätseinschränkungen der Patienten langfristig zu verbessern. Jedoch kann in diesem Bereich kein Effekt der MBO-Behandlung identifiziert werden, auch wenn die Skala, welche die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten durch körperliche Schmerzen misst, erhebliche Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen mit MBO-Bedarf zeigt. Unter Umständen ist hier die Fallzahl der Gruppen so niedrig, dass ein potenzieller Effekt statistisch nicht ausgewiesen wird. Zumindest zeigt eine Schätzung mit simulierter Verdoppelung der Fallzahlen (Gewichtung um den Faktor 2) einen signifikanten Effekt Zeit x Gruppe für die beiden MBO⁺-Gruppen an.

Die Skala *Körperliche Rollenfunktion* wird aus vier Items gebildet, die sich explizit mit den Rollenerwartungen im Beruf und zu Hause beschäftigen. Diese Skala kann stärker dem Partizipationsbereich zugeordnet werden. Dementsprechend sollte das MBO-Modell der Klinik in diesem Bereich seine Überlegenheit gegenüber der herkömmlichen Behandlung zeigen.

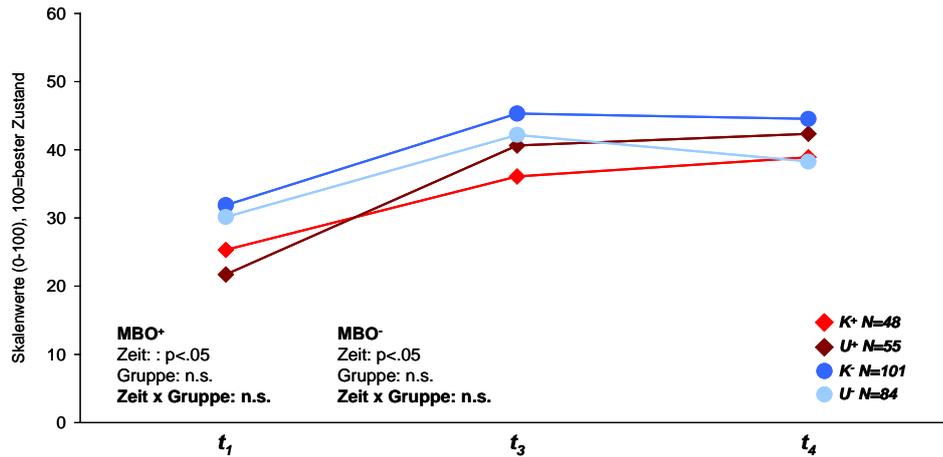


Abb. 8-8: Veränderung der Subskala Körperliche Schmerzen des SF-36 $t_1 - t_4$

Die Effektstärken lassen ein differenziertes Bild erwarten. Während beide MBO⁺-Gruppen hohe Effektstärken besitzen, also langfristig eine starke Verbesserung vermuten lassen ($d_{U,+}=-1.10$, $d_{K,+}=-.82$), ist ein stärkerer Unterschied zwischen den MBO⁻-Gruppen sichtbar, der darauf schließen lässt, dass die Gruppe ohne MBO-Behandlung ($d_{K,-}=-.49$) stärkere Verbesserungen erfährt als die Gruppe U⁻ ($d_{U,-}=-.03$), welche sich nach zwölf Monaten auf dem Ausgangsniveau vor Beginn der Maßnahme wiederfindet (Abb. 8-9). Die GLM-Modelle folgen dieser Vermutung nur zum Teil: Für die MBO⁺-Gruppen wird wie für die beiden MBO⁻-Gruppen ein Zeiteffekt ausgewiesen, also eine allgemeine Verbesserung der körperlichen Rollenfunktion. Differenzielle Effekte Zeit x Gruppe können statistisch nicht bestätigt werden. Doch lassen die Effektstärken vermuten, dass hier – ähnlich wie bei der Beurteilung der körperlichen Schmerzen – eher die Gruppengröße relevant für die fehlende Ablehnung der Nullhypothese ist als ein ähnlicher Verlauf der jeweiligen Vergleichsgruppen.

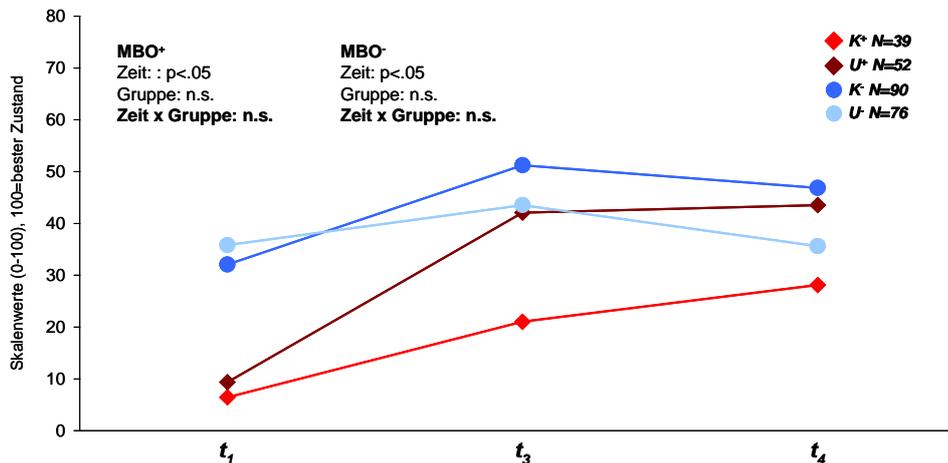


Abb. 8-9: Veränderung der Subskala Körperliche Rollenfunktion des SF-36 $t_1 - t_4$

Auch hier sind die GLM-Schätzungen für eine hypothetisch doppelt so große Stichprobe erneut berechnet worden. In beiden Schätzmodellen werden nun signifikante Zeit x Gruppe-Effekte berichtet. Demnach kann vermutet, jedoch statistisch nicht bestätigt werden, dass das MBO-Modell der Klinik eine Verbesserung des – aus subjektiver Sicht – Einbezogen-seins in verschiedene Lebensbereiche bei den Patienten mit einem diagnostizierten Bedarf

an besonderen beruflichen Maßnahmen bewirkt. Allerdings muss auch wieder der gegenteilige Effekt für die Gruppe ohne diesen Bedarf berichtet werden. Damit wird die Tendenz, die sich schon in der Bewertung auf Basis der Körperlichen Summenskala zeigte, bestätigt. Diese unterschiedliche Verbesserung, das zeigen die Effektstärken, spielt sich allerdings auf einem weitaus niedrigeren Niveau ab als die Verbesserung der beiden MBO⁺-Gruppen.

Ein MBO-Effekt kann also für die MBO-Bedarfsgruppen nicht postuliert werden, jedoch verbessert die Behandlung insgesamt die Rollenfunktion der beiden Gruppen U⁺ und K⁺ sehr stark, wobei ein Effekt aufgrund zu geringer Gruppengrößen statistisch nicht abgesichert werden kann.

Die Subskalen des SF-36 eröffnen ein differenziertes Bild auf die Wirkungen der MBO-Behandlung der Klinik, wobei sie nicht in der Lage sind, eine spezifische Stärke dieser Behandlung gegenüber der allgemeinen Rehabilitation darzustellen. Allerdings kann vermutet werden, dass eine solche Überlegenheit v.a. auf der Ebene der teilhabeorientierten körperbezogenen Skalen vorhanden ist, jedoch aufgrund zu geringer Fallzahlen statistisch nicht ausgewiesen wird. Einzig wird deutlich, dass die MSK-Rehabilitation im Ganzen starke Wirkungen erzielt.

8.3.2 Schmerzbezogene Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen

Wie schon aus der Analyse auf Basis der Einzelskalen des SF-36 sichtbar wurde, kann insbesondere im Bereich des Einbezogenseins in verschiedene Bereiche der Gesellschaft bzw. der Einschränkungen dieses Einbezogenseins aufgrund der Erkrankung und der damit zusammenhängenden Schmerzen die Überlegenheit der berufsbezogenen Elemente der Rehabilitation der Klinik vermutet werden. Dementsprechend wird die Hypothese geäußert, dass sich im Vergleich der Untersuchungsgruppen eine signifikante Verbesserung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag, durch den Pain Disability Index (PDI, Dillmann et al. 1994) operationalisiert, bei Teilnahme an der MBO-Rehabilitation einstellt. Insbesondere sollte diese Verbesserung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen im Beruf messbar sein. Aus diesem Grund wird vor der Schätzung der Summenskala untersucht, ob sich signifikante Unterschiede in der Subskala „Beruf“ des PDI zeigen.

Die Skala „Beruf“ zeigt, wo die Stärken des MBO-Modells der Klinik liegen: Für die Untersuchungsgruppe U⁺ kann eine hohe Effektstärke von $d_{U^+}=1.14$ ausgewiesen werden, wogegen die direkte Vergleichsgruppe K⁺ nur eine mittlere Verbesserung von $d_{K^+}=.66$ besitzt. Die beiden MBO⁻-Gruppen können unabhängig von der Teilnahme an der MBO-Behandlung nur eine kleine Verbesserung erreichen ($d_{K^-}=.43$; $d_{U^-}=.06$). Das kontrollierte GLM-Modell zeigt jedoch sowohl für die MBO⁺- als auch die MBO⁻-Gruppen keinen differenziellen Effekt Gruppe x Zeit. Es ist einzig ein Haupteffekt über die Zeit für die beiden MBO⁺-Gruppen zu beobachten. Dieses Ergebnis überrascht, zeigen doch die Effektstärken relativ große Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen U⁺ und K⁺. Hier könnte wieder ein Stichprobenproblem vorhanden sein. Dies legt sowohl eine künstlich verdoppelte Stichprobe durch Gewichtung nahe als auch das GLM-Modell zur Überprüfung von differenziellen Effekten über die Zeit, allerdings bezogen auf die (größere) Stichprobe zu t_3 . In beiden Fällen wird ein signifikanter Effekt Gruppe x Zeit ausgewiesen. Die Gruppe U⁺ profitiert also durchaus in der Wahrnehmung ihrer schmerzbezogenen Beeinträchtigungen im Beruf von der beruflichen Orientierung der Behandlung. Der Effekt wird laut Effektstärken durch die Teilnahme an der

MBO-Behandlung etwa verdoppelt, allerdings im multivariaten Modell aufgrund zu geringer Gruppengrößen als nicht signifikant ausgewiesen.

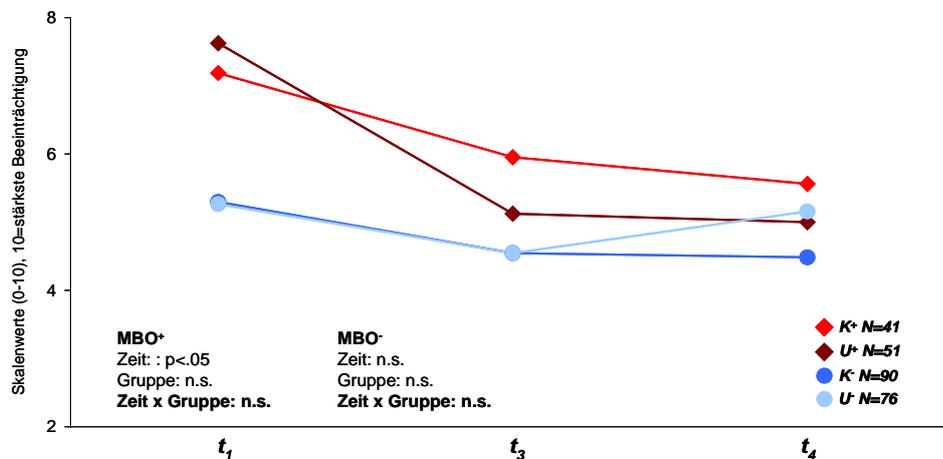


Abb. 8-10: Veränderung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen im Beruf $t_1 - t_4$

In der folgenden Abbildung ist der Vergleich auf Basis der Summenskala des PDI dargestellt. Die oben aufgestellte Behauptung, der potenzielle Effekt würde durch die zu kleinen Gruppengrößen verdeckt, kann weiter untermauert werden. Es wird für die MBO⁺-Gruppen sowohl ein Haupteffekt über die Zeit als auch ein differenzieller Effekt im Vergleich der beiden randomisierten Gruppen festgestellt. Demnach besitzen Patienten mit einem diagnostizierten höheren beruflichen Problempotenzial noch ein Jahr nach Teilnahme an der speziell für sie konzipierten MBO-Rehabilitation eine signifikant bessere Einschätzung ihrer schmerzbezogenen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Die Effektstärken zeigen diesen Unterschied eindrucksvoll: Während die Treatmentgruppe eine Verbesserung von etwa einer Standardabweichung aufweist, erreicht die Kontrollgruppe nur einen kleinen Effekt ($d_{K+}=.21$; $d_{U+}=.98$).

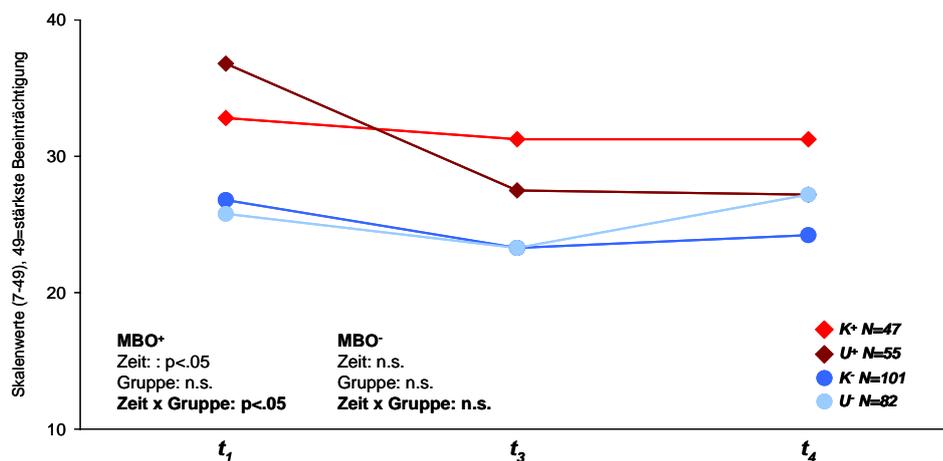


Abb. 8-11: Veränderung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Summenskala PDI) $t_1 - t_4$

Hier deutet sich an, wo die Stärke des MBO-Modells der Klinik wirklich liegt: Sie schafft es zwar nur bedingt, die Aktivitätseinschränkungen zu verbessern, jedoch ist es den Patienten möglich, mit den Anforderungen in verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen besser

zurechtzukommen. Sie lernen es, den Belastungen, die einerseits durch die Rollenerwartungen und andererseits durch ihre gesundheitlichen Probleme hervorgerufen werden, zu begegnen und so ihre Teilhabechancen zu verbessern. Man kann, bezogen auf die ICF-Begriffswelt, von einer Überlegenheit des MBO-Modells der Klinik in Bezug auf die Steigerung der *Leistung* der Patienten sprechen.

8.3.3 Analyse zur Stabilität der Effekte

Zum Abschluss dieses Abschnitts sollen – nach der Erkenntnis um die Stärken der MBO-Rehabilitation in den Aktivitäten und der subjektiv eingeschätzten Teilhabe – zwei zentrale Fragestellungen aufgeworfen und diskutiert werden. Es wurde deutlich, dass bestimmte differenzielle Effekte nur statistisch abgesichert werden konnten, wenn man die Stichprobe durch Gewichtung künstlich erhöhte bzw. sich auf die (größere) Stichprobe zum Zeitpunkt t_3 bezog. Insbesondere die zweite Alternative eröffnet die Frage nach der Stabilität und der klinischen Relevanz der vorgefundenen Effekte.

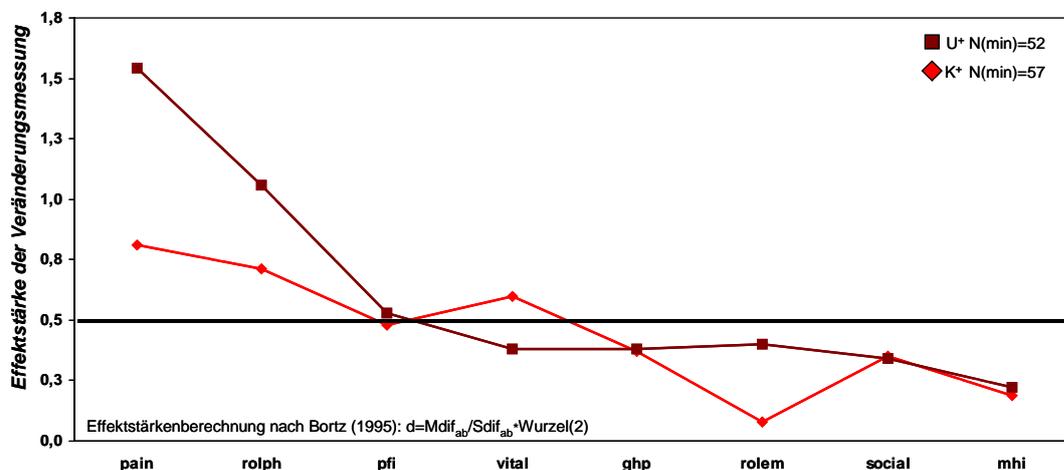


Abb. 8-12: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des SF-36 für die MBO⁺-Patienten: $t_1 - t_3$

Des Weiteren wurden in den beiden vorangegangenen Abschnitten eine ganze Reihe von unterschiedlichen Skalen auf Effekte der MBO-Rehabilitation untersucht. Jedoch ist bisher nur eingeschränkt eine Zuordnung der Instrumente, v.a. der Einzelskalen, zu den ICF-basierten Konstrukten vorgenommen worden. Dem soll hier nachgegangen werden. Damit ließe sich sodann sehr viel klarer feststellen, wo eigentlich die MBO-Rehabilitation ihre Stärke aus der Sicht der Patienten zeigt.

Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die berechneten Effektstärken der Unterskalen des SF-36 für den Vergleich von t_1 zu t_3 (Abb. 8-12) und des Weiteren von t_1 zu t_4 (Abb. 8-13). Nur die beiden Gruppen mit MBO-Bedarf wurden aus Gründen der besseren Übersicht in die Abbildungen integriert.

Es wird sowohl nach sechs Monaten als auch ein Jahr nach der Maßnahme ein ähnliches Bild vermittelt. Die größten Effekte werden bei den beiden Skalen *Körperliche Schmerzen* (*pain*) und *Körperliche Rollenfunktion* (*rolph*), gefolgt von der *Körperlichen Funktionsfähigkeit* (*pfi*) sowie der *Vitalität* (*vital*) erreicht. Dies sind im Großen und Ganzen auch die vier Skalen,

welche substanzielle Beiträge zur Konstruktion der *Körperlichen Summenskala* liefern. Des Weiteren wird deutlich, dass die berechneten Effektstärken in ihrer Höhe nur marginal zwischen den beiden Zeitpunkten variieren. Sie bewegen sich nach einem Jahr noch auf demselben Niveau wie sechs Monate nach der Maßnahme. Dies deutet auf eine stabile Verbesserung in diesen Bereichen hin. Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in Bezug auf die Veränderung der Effektstärken sind dabei nicht zu beobachten. Die geringeren Effekte in den Skalen *Körperliche Schmerzen (pain)* und *Körperliche Rollenfunktion (rolph)* werden stabil auch ein Jahr nach der Maßnahme noch ausgewiesen.

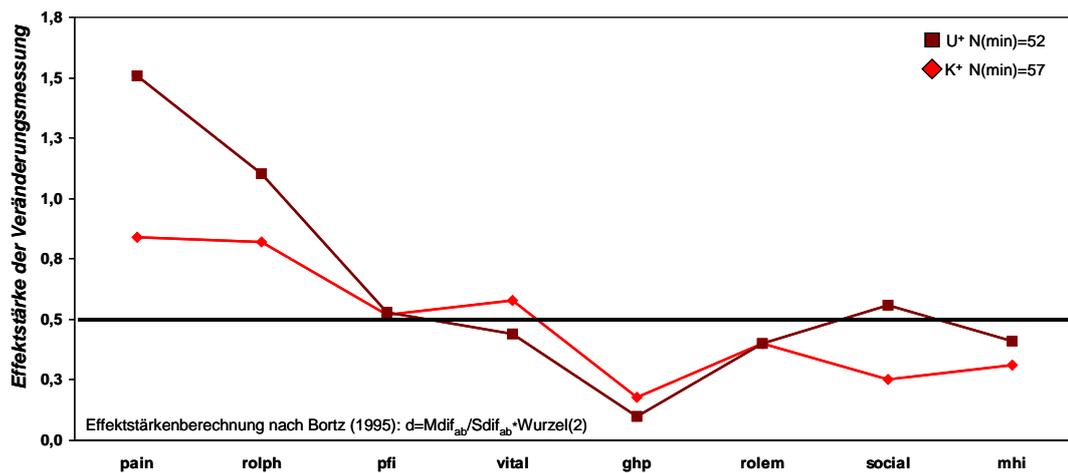


Abb. 8-13: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des SF-36 für die MBO⁺-Patienten: t₁ – t₄

Der SF-36 hat seine Stärke sicherlich in der sehr vielfältigen Darstellung der aktivitätsbezogenen funktionalen Gesundheit. Jedoch beruhen die Skalen teilweise auf nur einem Item, was die Überprüfung durch Mittelwertvergleiche eher schwierig gestaltet. Die Summenskalen, die hierfür eher in Frage kämen, zeigen eine stark körperbezogene Verbesserung der Patienten sechs und auch zwölf Monate nach der Maßnahme. Für die Spezifizierung von MBO-Effekten sind sie aufgrund ihrer zu starken Verallgemeinerung nicht in der Lage. Durch die Effektstärkenanalyse ist zumindest angedeutet, wo sich die Stärke der MBO-Rehabilitation im SF-36 zeigt: Die Skalen, welche die größten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigen, sind auf der Ebene der Erfüllung von Rollenerwartungen und schmerzbezogenen Aktivitäten angesiedelt (*Körperliche Schmerzen*, *Körperliche Rollenfunktion*). Diese beiden Skalen sind auch diejenigen Skalen der körperlichen Gesundheit, die man zur subjektiven Einschätzung der eigenen Leistung zählen könnte.

Die Abb. 8-14 und Abb. 8-15 untermauern diesen Befund weiter. Dargestellt sind die Effektstärken für alle sieben Teilskalen des PDI, wiederum für die beiden unterschiedlichen katamnesticen Zeitpunkte. Betrachtet werden wieder nur die beiden MBO⁺-Gruppen. Man sieht deutlich, dass über alle Skalen hinweg die Gruppe U⁺ stärkere Verbesserungen verzeichnet als die Vergleichsgruppe K⁺. Die Unterschiede bewegen sich (in Standardabweichungen) zwischen 0.35 im Teilbereich „Lebensnotwendige Tätigkeiten“ und „Erholung“ und 0.80 im Teilbereich „Familie“. Durchschnittlich beträgt der Unterschied zwischen Treatment- und Kontrollgruppe 0.55 Standardabweichungen. Die stärksten Verbesserungen insgesamt sind auf der Ebene des Berufs gegeben. Eher niedrige Effektstärken werden in Bereichen

ermittelt, die sich nicht direkt auf einen gesellschaftlichen Teilbereich beziehen, so z.B. „Selbstversorgung“ und „Lebensnotwendige Tätigkeiten“.

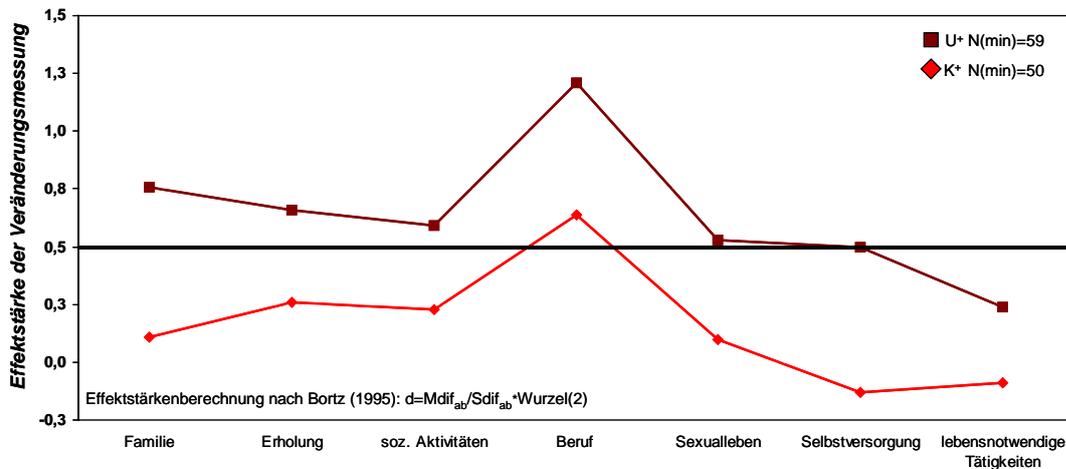


Abb. 8-14: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des PDI t₁ – t₃; dargestellt sind nur die Gruppen U⁺ und K⁺

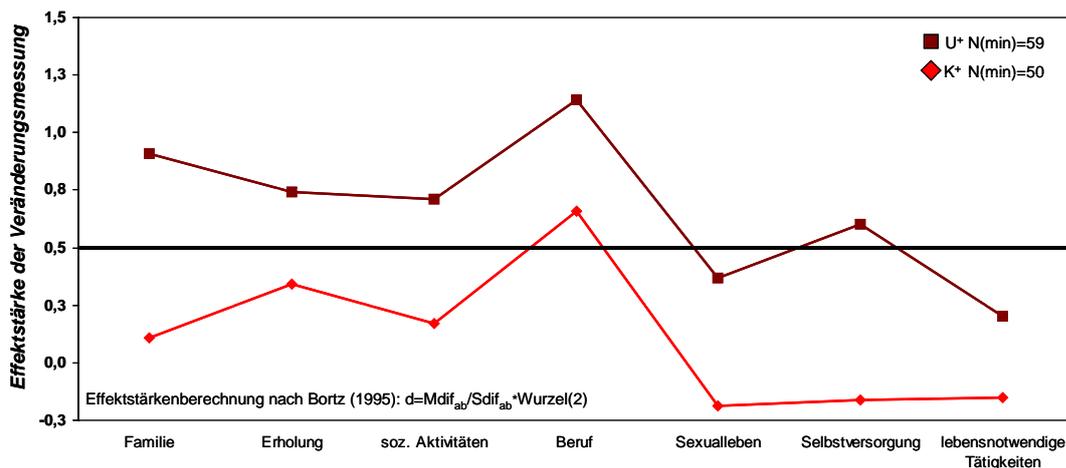


Abb. 8-15: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des PDI t₁ – t₃; dargestellt sind nur die Gruppen U⁺ und K⁺

MBO-Patienten mit der entsprechenden Behandlung erfahren also eine bedeutsame Verbesserung ihrer v.a. berufsbezogenen Aktivitäten. Dadurch, so kann angenommen werden, steigt auch ihre Chance an der Teilhabe im Beruf. Dies muss jedoch erst noch untersucht werden. Es könnte sein, dass dieser erfolgversprechende Ansatz der MBO-Rehabilitation nur bedingt in direkte Verbesserungen der beruflichen Teilhabe mündet. Dazu existieren momentan, und gerade für die hier betrachtete Population von LVA-Patienten mit spezifischer beruflicher Problematik, noch zu viele schwierige Rahmenbedingungen.

Bevor jedoch im nächsten Kapitel dem tatsächlichen Einbezogensein in den gesellschaftlichen Teilbereich des Berufs nachgegangen wird, soll sich hier der zweiten oben aufgeworfenen Frage genähert werden: Gibt es weitere Belege für die Vermutung, dass bisher nur der differenzielle Effekt auf der PDI-Summenskala nachgewiesen werden konnte, weil sich die

Stichprobe in der katamnestischen Betrachtung des 1-Jahres-Follow up als zu klein herausgestellt hat? Hinweise dafür, dass es sich hier um eine generelle Problematik bei der Erfolgsermittlung berufsbezogener Maßnahmen bei orthopädischen Patienten handelt, wurden in internationalen Reviews schon berichtet (Waddel & Burton 2001).

Normalerweise werden randomisierte Studien nach dem Verfahren „intention-to-treat“ ausgewertet. Das bedeutet, die Patienten werden für die Analyse in der Gruppe geführt, in die sie vor der Maßnahme durch Zufall eingeteilt wurden. Etwaige Abweichungen der Behandlung von dieser „Intention zur Behandlung“ werden nicht beachtet. Unter Umständen kann es vorkommen, dass ein Patient, obwohl in die Kontrollgruppe eingeteilt, gewisse Behandlungsbausteine des Treatments bekommt. Das bedeutet, dass im Extremfall dieser Patient eigentlich in der Treatmentgruppe geführt werden müsste. Damit würde man jedoch das eigentliche Prinzip der Randomisierung verletzen, nämlich die zufällige Zuteilung der Studienteilnehmer zur Treatment- oder Kontrollgruppe. Natürlich gelangt man auf diese Weise zu einer eher konservativen Schätzung mit kleineren Effekten.

Tab. 8-8: Ergebnisse der GLM-Modelle „per protocol“ für ausgewählte Unterskalen des SF-36: MBO⁺-Patienten

	Zeit	Gruppe x Zeit
<i>Körperliche Summenskala</i>	*	
<i>Psychische Summenskala</i>		
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	*	
<i>Körperliche Schmerzen</i>	*	
<i>Körperliche Rollenfunktion</i>	*	
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>		

Anmerkungen: GLM-Modelle sind kontrolliert nach Arbeitslosigkeit bei Aufnahme und Aufnahme-diagnose; Tests: F-Test nach Pillai-Spur

Eine zweite Analysemöglichkeit, die solche Behandlungsfehler mit berücksichtigt, ist die Methode „per protocol“. In dieser Analysemethode werden die Patienten so eingeteilt, wie sie tatsächlich behandelt wurden, die Analyse erfolgt nach Behandlungsprotokoll. Diese Analyse zeigt in der Regel größere Effekte, jedoch ist die Annahme der zufälligen Aufteilung der Gruppen hier verletzt, so dass die Qualität der Effekte nicht so hoch ist wie die Effekte nach „intention-to-treat“. Streng genommen wäre hier kein experimenteller, sondern eher ein quasi-experimenteller Studienansatz mit der Notwendigkeit zur Adjustierung gegeben. In der folgenden Tabelle sind die bekannten GLM-Schätzungen der Einzelskalen des SF-36 noch einmal aufgeführt, dieses Mal jedoch auf Basis einer Analyse „per protocol“. Entscheidende Information für die Zuteilung der Patienten zu Untersuchungs- oder Kontrollgruppe war der Vermerk in der Klassifikation therapeutischer Leistungen „KTL“ des Entlassungsberichts, ob die EFL durchlaufen wurde. Von den zu t₄ verbleibenden 126 MBO⁺-Patienten wurden laut KTL-Vermerk 5 Patienten oder 4,0% nicht entsprechend der Zuteilung behandelt. Sie erhielten die EFL, obwohl sie in der Kontrollgruppe geführt wurden. Dementsprechend wurden sie für die folgende Analyse in die Treatmentgruppe integriert, so dass diese von ursprünglich 65 nun 70 Patienten enthält.

Nach einer Analyse über eventuelle Unterschiede in den Ausgangsparametern wurden die GLM-Modelle nach Arbeitslosigkeit bei Aufnahme und Diagnosegruppe kontrolliert. Tab. 8-8

zeigt, dass sich die Vermutungen nicht bestätigen ließen. Insbesondere die Skalen, die körperliche Einschränkungen beim Einbezogensein in verschiedene Lebensbereiche darstellen (Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen), zeigen zwar grafisch durchaus starke Unterschiede zwischen den Gruppen, können jedoch auch in der Analyse „per protocol“ nicht signifikant ausgewiesen werden.

Man kann schließlich das Resumé ziehen, dass die MBO-Behandlung der Klinik den Patienten, die eine besondere berufliche Problematik diagnostiziert bekommen, hilft, ihre Einschränkungen in den Aktivitäten und der subjektiv empfundenen Teilhabe zu verringern. Insbesondere Einschränkungen, die durch körperliche Schmerzen verursacht sind, werden durch die MBO-Behandlung wirksam verringert.

8.4 Verbesserung der beruflichen Partizipation

Eines der zentralen Ziele nicht nur einer stärkeren beruflichen Orientierung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sondern dieser selbst, ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Durch die erkannte Überlegenheit der MBO-Maßnahme der Klinik in der Verbesserung der Aktivitäten und dadurch Teilhabechancen wird dieses Ziel indirekt durch die Anwendung von berufsbezogenen Elementen in der medizinischen Rehabilitation für Patienten mit bestimmten Bedarfslagen besser erfüllt als die Durchführung herkömmlicher medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Mit der verbesserten Wahrnehmung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen kann eine Verbesserung der individuellen Leistung des Patienten vermutet und so die Chancen desselben zur Teilhabe am Arbeitsleben gesteigert werden. Jedoch sollte dies im Idealfall auch dazu führen, dass dies messbare Verbesserungen in der Teilhabe am Arbeitsleben nach sich zieht. Dies soll im folgenden Kapitel diskutiert werden.

Parameter, an denen dies getestet werden kann, sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten und die tatsächliche Erwerbstätigkeit nach der Maßnahme. Im ersten Fall wird postuliert, dass durch die MBO-Maßnahme eine Verringerung der Krankheitstage stattfindet. Im zweiten Fall ist es etwas schwieriger, eine direkte kausale Beziehung zwischen der Erhöhung der berufsbezogenen Aktivitäten und der tatsächlichen Teilhabe am Arbeitsleben herzustellen. Gerade unter dem Eindruck der momentanen ökonomischen Lage erscheint es schwierig, dies bei Patienten zu erreichen, die ohnehin durch ihre besonderen sozialen Charakteristika auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt sind. Es wird also im zweiten Teil des Kapitels untersucht, wie sich die Entwicklung der Erwerbsquote tatsächlich darstellt und sodann versucht zu schätzen, ob die MBO-Maßnahme einen Einfluss auf diese Änderung ausüben kann oder doch eher externe Einflussfaktoren vorliegen, die durch die Rehabilitationsmaßnahme nicht überlagert werden.

8.4.1 Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) besitzen neben der Erwerbstätigkeit eine sehr hohe Relevanz für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen bei RV-Versicherten. Hohe AU-Zeiten vor der Maßnahme sind oft der Auslöser für die Intention zur Antragstellung auf medizinische Rehabilitation und erfolgt in solchen Fällen i.d.R. durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse. Diese unterstützen den Versicherten bei seiner Antragstellung, indem u.a. das ärztliche Gutachten direkt vom medizinischen Dienst der Krankenkasse erstellt wird.

AU-Zeiten besitzen jedoch nicht nur den Charakter eines „Warnsystems“ für potenziellen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen (Stallmann 1994), sondern werden auch als Erfolgsindikator verwendet. Geringere AU-Zeiten deuten beim Patienten auf einen verbesserten Gesundheitszustand hin, erhöhen die Produktivität und senken damit die volkswirtschaftlichen Kosten und tragen schließlich auch indirekt zur Kostensenkung beim Rentenversicherungsträger bei.

Speziell die berufsbezogene Rehabilitation der Klinik Niedersachsen sollte ihre Überlegenheit dadurch zeigen, dass eine messbare Verringerung der AU-Zeiten nach der Maßnahme ausgewiesen wird. Dazu werden im Folgenden die AU-Zeiten für den Zeitraum ein Jahr vor der Maßnahme mit denen ein Jahr nach der Maßnahme verglichen. Der erste Schritt besteht darin, eine deskriptive Übersicht über die Verteilung der AU-Zeiten in den Untersuchungsgruppen zu gewinnen, wobei insbesondere interessiert, ob die jeweilige Krankschreibung durch das Antragsleiden, also die Erkrankung, die zur Aufnahme in die Rehabilitation führte, bedingt ist oder ob es sich allgemein um einen Arbeitsausfall, unabhängig von der Art der Erkrankung, handelt (Tab. 8-9). Im zweiten Schritt werden schließlich die mittleren AU-Zeiten (in Wochen) in einem GLM-Modell auf allgemeine Zeiteffekte und einen spezifischen MBO-Effekt getestet. Dabei werden die üblichen Confounder berücksichtigt (Abb. 8-16).

Die aufgeführte Tabelle ist folgendermaßen aufgebaut: Die Krankheitszeiten werden gruppiert dargestellt, wobei die Kategorien „keine AU-Zeiten“, „bis sechs Wochen“ und „mehr als sechs Wochen“ verwendet wurden. In der ersten Hälfte sind die AU-Zeiten im Jahr vor der Maßnahme insgesamt dargestellt, die die Patienten angaben. Jeweils dahinter (gekennzeichnet durch die rote Schrift) werden die Änderungen in der Kategorie im Zeitraum ein Jahr nach der Maßnahme aufgeführt. So lassen sich Veränderungen direkt in Abhängigkeit von der jeweiligen Kategorie vergleichen. Im unteren Teil folgen – in einem analogen Schema – die AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens. Es sind keine Signifikanztests aufgeführt, da es sich um eine deskriptive Übersicht der Struktur der AU-Zeiten handelt, ohne dass Veränderungshypothesen getestet werden.

Die Tabelle zeigt, dass im genannten Zeitraum vor der Maßnahme (im Folgenden „zu t_1 “ gegenüber „zu t_4 “ für den Zeitraum ein Jahr nach der Maßnahme) etwa ein Viertel aller Patienten der Klinik keine AU-Zeiten angeben. Etwa ein Drittel hatte mit bis zu sechs Wochen eher moderate AU-Zeiten und mit rund 45% war der weitaus größte Teil mehr als sechs Wochen zu t_1 krankgeschrieben. Insbesondere in den beiden letzten Kategorien sind die Unterschiede zwischen MBO⁺- und MBO⁻-Patienten zu suchen: Während in allen vier Gruppen rund ein Viertel keine AU-Zeiten zu t_1 hatte, geben etwa 65% der MBO⁺-Patienten an, mehr als sechs Wochen krankgeschrieben zu sein, während in dieser Kategorie nur etwa 30% der MBO⁻-Patienten zu finden sind. Ein ähnliches Bild zeigt sich, betrachtet man die AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens. Auch hier ist der Unterschied zwischen MBO⁺ und MBO⁻ insbesondere in der höchsten Kategorie nachweisbar. Insgesamt scheint eine Krankschreibung zu t_1 , wenn sie denn erfolgt, sehr häufig aufgrund des Antragsleidens zu erfolgen. Dies verdeutlicht die ähnliche Verteilung der AU-Zeiten insgesamt und der aufgrund des Antragsleidens.

Zu t_4 zeigt sich diesbezüglich ein etwas differenzierteres Bild. Bei den nicht krankheitsspezifischen AU-Zeiten wird eine gruppenübergreifende Steigerung von rund 15%-Punkten der „nicht AU“-Quote ausgewiesen, d.h. zu t_4 wurden 40% der Patienten nicht krankgeschrieben. Hier sind Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen erkennbar: Bei MBO⁺-Patienten erhöht

sich die Quote um rund 10%-Punkte, bei MBO⁻-Patienten sind es mehr als 15%-Punkte. Diese Steigerung wird in der MBO⁺-Stichprobe v.a. durch eine Verringerung des Anteils an Patienten mit mehr als sechs Wochen Krankschreibung bewirkt (-22%/-14%-Punkte). Der Anteil in der mittleren Kategorie verringert sich nicht, sondern wird sogar weiter erhöht. Die MBO⁻-Patienten dagegen sind in beiden Kategorien mit AU-Zeiten (bis sechs Wochen und mehr als sechs Wochen) geringer repräsentiert als zu t₁. Das bedeutet: Patienten mit einem diagnostizierten MBO-Bedarf können ihre AU-Zeiten insbesondere dann verringern, wenn sie im Jahr vor der Maßnahme sehr hohe AU-Zeiten aufwiesen, während Patienten ohne einen solchen berufsbezogenen Bedarf häufiger insgesamt Krankschreibungen verhindern können.

Tab. 8-9: Arbeitsunfähigkeitszeiten 12 Monate vor und 12 Monate nach der Maßnahme (aufgrund der Erkrankung, die zur Maßnahme führte)

	MBO-Gruppen				Gesamt
	K ⁺	U ⁺	K ⁻	U ⁻	
	%				
AU-Zeiten 12 Monate vor (und 12 Monate nach der Maßnahme)					
<i>keine AU-Zeiten</i>	22,0 (35,7)	22,4 (30,0)	28,6 (48,5)	25,6 (38,6)	25,3 (39,5)
<i>bis sechs Wochen</i>	11,9 (19,6)	15,5 (21,7)	42,9 (27,8)	41,0 (39,8)	30,7 (28,4)
<i>mehr als sechs Wochen</i>	66,1 (44,6)	62,1 (48,3)	28,6 (23,7)	33,3 (21,7)	44,0 (32,1)
AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens 12 Monate vor (und 12 Monate nach der Maßnahme)					
<i>keine AU-Zeiten</i>	28,1 (48,2)	22,8 (46,7)	33,0 (74,2)	27,6 (66,3)	28,6 (61,5)
<i>bis sechs Wochen</i>	10,5 (10,7)	8,8 (11,7)	30,9 (13,4)	32,9 (18,1)	23,0 (13,9)
<i>mehr als sechs Wochen</i>	61,4 (41,1)	68,4 (41,7)	36,1 (12,4)	39,5 (15,7)	48,4 (24,7)
N gesamt	57	57	97	76	287

Die „nicht AU“-Quote bei den AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens konnte zu t₄ (im Vergleich zu t₁) dagegen sehr viel stärker gesteigert werden. Insgesamt erhöht sich der Anteil gruppenübergreifend um etwa ein Drittel. Auch hier werden die bekannten Unterschiede zwischen MBO⁺ und MBO⁻ deutlich: Patienten ohne MBO-Bedarf erhöhen die Quote um 40%-Punkte, die MBO⁺-Stichprobe um immerhin noch 20-25%-Punkte. Allerdings wird keine nennenswerte Steigerung des Anteils der Patienten mit bis zu sechs Wochen Krankschreibung bei dieser Stichprobe verzeichnet. Die Verringerung ist in der höchsten Kategorie dementsprechend mit 20 bzw. 27%-Punkten höher als bei den AU-Zeiten insgesamt. Dasselbe Bild wird innerhalb der MBO⁻-Stichprobe deutlich: Die AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens können weitaus stärker verringert werden, insbesondere steigt die so genannte „nicht AU“-Quote stärker an.

Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen sind, bis auf relativ kleine Veränderungen, nicht zu berichten. Die AU-Zeiten insgesamt können anscheinend in der Gruppe K⁺ stärker verringert werden, die AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens in der Gruppe U⁺. Jedoch entbehrt eine solche Aussage jeglicher teststatistischer Unterlegung. Die Unterschiede bewegen sich im Bereich von etwa 5%-Punkten. Ob solche Unterschiede einer statistischen Prüfung standhalten würden, ist Gegenstand der grafischen Darstellung der gruppenbezo-

genen Mittelwerte an Krankschreibungen im Vergleich von t_1 und t_4 (Abb. 8-16). Dabei sind die auf Basis der adjustierten GLM-Modelle geschätzten Mittelwerte dargestellt. Im linken Teil sind die geschätzten mittleren AU-Zeiten in Wochen insgesamt aufgeführt, im rechten Teil dagegen die AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens.

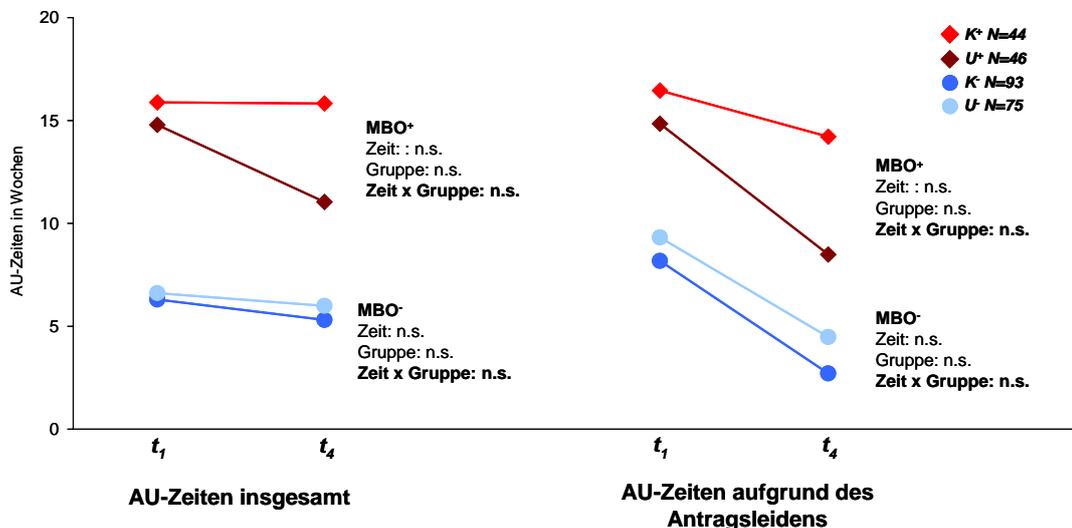


Abb. 8-16: AU-Zeiten ein Jahr vor (t_1) und ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme (t_4) im Vergleich

Auf den ersten Blick ist eine Verringerung der AU-Zeiten insgesamt ablesbar. Alle Graphen sinken mehr oder weniger stark von t_1 zu t_4 , wobei eine stärkere Verringerung im rechten Teil deutlich wird. Dies zeigen auch die aufgrund der beobachteten Werte berechneten Effektstärken. Insbesondere die Untersuchungsgruppe U^+ und die Gruppe K^- , also die Gruppen mit bedarfsgerechter Behandlung, haben eine mittlere Effektstärke zu verzeichnen ($d_{U^+}=.47$, $d_{K^-}=.65$). Die Kontrollgruppe K^+ dagegen kann kaum eine Änderung geltend machen ($d_{K^+}=.19$).

Allerdings werden die bisher vermuteten Verringerungen der AU-Zeiten zugunsten der MBO-Behandlung statistisch nicht signifikant ausgewiesen. Es lassen sich in beiden Modellen keine differenziellen Effekte zwischen U^+ und K^+ über die Zeit feststellen. Die dargestellten Verringerungen sind also lediglich tendenzieller Natur. Auch die Verringerung der AU-Zeiten aufgrund des Antragsleidens bei den beiden MBO⁻-Gruppen kann nicht in einem statistisch signifikanten Haupteffekt über die Zeit manifestiert werden. Obwohl im Schnitt zu t_4 weniger als fünf Wochen im Gegensatz zu fast zehn Wochen zu t_1 ablesbar sind, scheinen die Streuungen so hoch zu sein, dass dieser Unterschied als zufällig interpretiert werden muss. Dasselbe gilt für die starken Verringerungen in der Gruppe U^+ : Von rund 15 Wochen zu t_1 verringern sich die Krankschreibungszeiten aufgrund des Antragsleidens durchschnittlich auf unter zehn Wochen zu t_4 . Trotzdem kann nicht von einem Effekt durch die MBO-Behandlung gesprochen werden.

8.4.2 Erwerbsstatus

Der zweite Parameter, an dem sich eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben ablesen ließe, ist der Erwerbsstatus. Man könnte sogar sagen, dass die Existenz einer Arbeitsstelle die grundlegende Bedingung für eine erfolgreiche berufliche Teilhabe darstellt. Allerdings muss festgestellt werden, dass der Verlust dieser Arbeitsstelle nicht zwingend auf eine gesund-

heitsbedingte Gefährdung der beruflichen Teilhabe zurückzuführen ist. Es ist zwar durchaus wahrscheinlich und bei Rehabilitanden der Rentenversicherung in den meisten Fällen wohl auch angebracht, eine Verbindung zwischen Gesundheitszustand und Erwerbsstatus zu vermuten. Jedoch kann nicht von einer kausalen Beziehung gesprochen werden. Arbeitsunfähigkeitszeiten bezeichnen in diesem Sinne viel eher (temporäre) Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe, induziert durch den Gesundheitszustand. Dementsprechend ist der Erwerbsstatus zwar ein Indikator für erfolgreiche berufliche Teilhabe, doch ist nicht klar, worauf sich beobachtbare Beeinträchtigungen dieser Teilhabe reduzieren lassen.

In dieser Studie jedoch kann auch der Erwerbsstatus als Indikator herangezogen werden. Über den Charakter randomisierter Studien ist schon an früherer Stelle intensiver diskutiert worden. Grundlegende Annahme einer randomisierten Verteilung der Patienten in Untersuchungs- und Kontrollgruppe ist die gleiche Wahrscheinlichkeit bei der Verteilung sowohl von Patientenmerkmalen als auch von später auftretenden Risiken, die nicht mit dem zu untersuchenden Treatment in Verbindung stehen. Der einzige Unterschied ist die Teilnahme der Untersuchungsgruppe am zu untersuchenden Gegenstand, hier der MBO-Behandlung. Katamnestisch messbare Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen sind laut Annahme eben auch nur durch die MBO-Behandlung erklärbar. Unterschiede im Erwerbsstatus können also nur mit dem Treatment in Verbindung gebracht werden. In der randomisierten Studie erlangt der Erwerbstatus eine ebenso große Relevanz wie z.B. die AU-Zeiten, eben weil alle anderen berufsbezogenen Risiken laut Annahme mit gleicher Wahrscheinlichkeit auf die beiden Vergleichsgruppen verteilt wurden.

In Tab. 8-10 ist der Erwerbsstatus vor der Rehabilitation (t_1), nach sechs Monaten (t_3) und nach einem Jahr (t_4) dargestellt. Die Quoten beruhen auf der Stichprobe zu t_4 , sind also – bezogen auf negative Zustände wie Arbeitslosigkeit und EM-Rente – in ihrer Höhe unterschätzt, jedoch zwischen den Gruppen vergleichbar. Es ist schon an früherer Stelle darauf hingewiesen worden, dass der Erwerbstatus zu t_1 zwischen den Gruppen U^+ und K^+ signifikant verschieden ist. Die Gruppe U^+ hat mit 12% eine um 10%-Punkte niedrigere Erwerbslosenquote vor der Maßnahme. Insgesamt besitzt die Stichprobe zu t_4 eine Erwerbslosenquote von 11%. Das bedeutet, jeder zehnte Rehabilitand hatte bei Antritt der Maßnahme keine Arbeitsstelle.

Zu t_3 und t_4 sind verschiedene Zustände denkbar, in die vormalige Erwerbstätigkeit münden kann. Zum Einen kann Erwerbstätigkeit sich nicht ändern, d.h. der Patient war und ist erwerbstätig, idealerweise auf derselben Arbeitsstelle. Dies lässt sich hier nicht ablesen, jedoch kann ausgesagt werden, wie viele Patienten nach sechs Monaten bzw. einem Jahr – unabhängig vom Zustand zu t_1 – erwerbstätig sind. Die drei weiteren denkbaren Zustände sind Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderungsrente (im Folgenden „EM-Rente“ oder „Frührente“) und sonstiger Austritt aus dem aktiven Arbeitsmarkt (z.B. durch Schwangerschaft bzw. Hausmann/-frau). Die Rehabilitation der Rentenversicherung soll vor allem verhindern, dass der Patient langfristig aus dem aktiven Arbeitsmarkt herausfällt, weil dadurch in der Regel doppelte Kosten entstehen. Zum Einen ist der Versicherte nicht mehr in der Lage, Versicherungsbeiträge zu zahlen, zum Anderen nimmt er noch Leistungen der Sozialversicherung in Anspruch (z.B. Arbeitslosengeld oder EM-Rente). Aus diesem Grund sind die Erwerbslosenquoten der katamnestischen Zeitpunkte differenziert nach den verschiedenen Zuständen dargestellt.

Zu t_3 , also nach sechs Monaten, wandert ein sehr geringer Teil der Patienten in sonstige Erwerbslosenverhältnisse. Es sind insgesamt nur fünf Patienten, wovon vier aus den beiden MBO⁺-Gruppen stammen. Auch nach einem Jahr (t_4) werden fünf von sechs Patienten aus dieser Substichprobe in der Kategorie „Sonstiges“ angesiedelt. Weiterhin ist auffällig, dass schon sechs Monate nach der Maßnahme mehr als 5% der MBO⁺-Patienten eine EM-Rente bekommen. Hier muss – trotz der gesetzlichen Regelung „Reha vor Rente“ – nach dem Sinn der vorherigen Rehabilitation gefragt werden. Einerseits ist natürlich denkbar, dass erst durch die Rehabilitation die berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten vollständig erhoben und bewertet werden konnte, was eben bei MBO⁺-Patienten in 5% der Fälle zu einer EM-Rente führte. Andererseits muss gefragt werden, ob nicht schon vor Antritt der Maßnahme gewisse Klarheit bzgl. der Vergabe von Rentenleistungen bei diesen Patienten herrschte. Die Arbeitslosenquote erhöhte sich zu t_3 gruppenübergreifend um 5%-Punkte. Dabei haben beide MBO⁺-Gruppen mit ca. 10%-Punkten die höchsten Veränderungen zu verzeichnen.

Nach einem Jahr ist die EM-Rentenquote noch höher. Gruppenübergreifend bekommen zu t_4 etwa 7% der Patienten eine EM-Rente, wobei hier noch einmal auf die Unterschätzung durch die Zahlen der t_4 -Stichprobe hingewiesen werden muss. Wahrscheinlich liegt die Quote noch höher. Es fällt auf, dass die beiden Gruppen, welche an der berufsbezogenen Maßnahme teilnahmen (U⁺ und U⁻) mit etwa 5% (7,8%, 2,5%) eine nur halb so hohe EM-Rentenquote aufweisen als die beiden Gruppen mit herkömmlicher Behandlung, die eine Quote von 9% besitzen (K⁺=15,5%, K⁻=4,9%). Unter Umständen kann hier ein Effekt der MBO-Behandlung identifiziert werden, der unabhängig vom diagnostizierten berufsbezogenen Bedarf existiert: Die MBO-Behandlung scheint die Quote der EM-Renten(-begehren) positiv zu beeinflussen. Diese wäre jedoch im Weiteren noch zu prüfen.

Tab. 8-10: Erwerbsstatus vor der Maßnahme, nach sechs Monaten und nach einem Jahr

	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻		Gesamt	
	N / %									
Erwerbsstatus zu t_1										
<i>erwerbstätig</i>	44	77,2	53	88,3	96	95,0	77	92,8	270	89,7
<i>nicht erwerbstätig</i>	13	22,8	7	11,7	5	5,0	6	7,2	31	10,3
Erwerbsstatus zu t_3										
<i>erwerbstätig</i>	33	58,9	43	68,3	89	87,3	74	90,2	239	78,9
<i>arbeitslos</i>	18	32,1	14	22,2	10	9,8	6	7,3	48	15,8
<i>EM-Rente</i>	3	5,4	4	6,3	2	1,9	2	2,4	11	3,6
<i>Sonstiges (Hausfrau...)</i>	2	3,6	2	3,2	1	1,0	0	0,0	5	1,7
Erwerbsstatus zu t_4										
<i>erwerbstätig</i>	25	43,1	39	60,9	88	86,3	72	88,9	224	73,4
<i>arbeitslos</i>	22	37,9	17	26,6	8	7,8	7	8,6	54	17,7
<i>EM-Rente</i>	9	15,5	5	7,8	5	4,9	2	2,5	21	6,9
<i>Sonstiges (Hausfrau...)</i>	2	3,4	3	4,7	1	1,0	0	0,0	6	2,0

Die Erwerbsquote sinkt im Zeitraum vor der Rehabilitation bis ein Jahr danach um 15%-Punkte, wobei auch hier wieder bedarfsbezogene Unterschiede vorhanden sind. Die beiden MBO⁻-Patienten weisen eine kaum erhöhte Arbeitslosenquote auf. In etwa sind sowohl vor als auch ein Jahr nach der Maßnahme 7% dieser Patienten arbeitslos. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Quote zu t₃ und zu t₄ noch unter Berücksichtigung der anderen beiden Zustände (EM-Rente, Sonstiges) berechnet wurde, demzufolge also keine reine Arbeitslosenquote ist. Deshalb sind in den beiden folgenden Tabellen (Tab. 8-11 und Tab. 8-12) zwei verschiedene Erwerbslosenquoten berechnet. In der ersten Tabelle werden die Nettowanderungen von t₁ zu t₃ bzw. t₄ nur für die Patienten dargestellt, die dem Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen, also nur die Erwerbstätigen und die Arbeitslosen, abzüglich der EM-Rentner und sonstiger Erwerbslosenverhältnisse. In der Tab. 8-12 sind die Wanderungen erweitert um die EM-Rentner dargestellt. Es sei noch angemerkt, dass die Quote der Erwerbstätigen natürlich zwischen den drei bisher betrachteten Tabellen variiert, denn es werden jeweils unterschiedliche Basisstichproben zugrunde gelegt. In Tab. 8-10 sind alle Patienten integriert, in Tab. 8-11 nur die Patienten, die dem Arbeitsmarkt potenziell zur Verfügung stehen und in Tab. 8-12 schließlich diese Patienten, erweitert um die EM-Rentner.

Tab. 8-11: Veränderung der Erwerbsquote (ohne EM-Rentner)

Quoten in %	MBO-Gruppen							
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻	
erwerbstätig t ₁	75,5		88,7		95,9		93,5	
	t ₃	t ₄						
erwerbstätig t ₃ / t ₄	63,3	50,5	77,4	69,1	89,8	91,6	93,5	93,5
erwerbstätig → arbeitslos	18,4	27,3	20,8	23,5	8,2	6,3	3,9	5,2
arbeitslos → erwerbstätig	6,1	2,3	9,4	3,9	2,0	2,1	3,9	5,2
N	49		53		98		77	

Die Tab. 8-11 offenbart ein auf den ersten Blick ernüchterndes Ergebnis für die Rehabilitation. Die Erwerbsquote verringert sich in allen Gruppen, wobei die beiden MBO⁺-Gruppen zu t₃ eine Verringerung um etwa 12%-Punkte aufweisen, die beiden MBO⁻-Gruppen eine geringere Quote (0%- bzw. 6%-Punkte) besitzen. Das unterstreicht die Schwere der Problematik in den beiden MBO⁺-Gruppen. Zwar werden 6% bzw. 9% der Patienten in beiden Gruppen wieder in die Erwerbstätigkeit gebracht, jedoch fallen 18% bzw. 20% aus der Erwerbstätigkeit heraus. Zwischen den Randomisierungsgruppen können dabei keine Unterschiede festgestellt werden. Anders verhält es sich, wenn die Quoten zu t₄ (rote Spalten) betrachtet werden. Die Gruppe K⁺ ohne MBO-Behandlung weist eine Verringerung der Erwerbsquote um 25%-Punkte auf, die Untersuchungsgruppe U⁺ dagegen eine Verringerung um 20%-Punkte. Diese 5%-Punkte sind nicht viel, deuten jedoch an, dass hier ein MBO-Effekt versteckt sein könnte.

Noch deutlicher wird dieser Unterschied, wenn man die Patienten mit einrechnet, die in die EM-Rente abwandern (Tab. 8-12). Dann wird die Erwerbsquote der Gruppe K⁺ zu t₄ gar um

34%-Punkte verringert, während die Verringerung der Gruppe U⁺ 10%-Punkte weniger beträgt. Interessant an dieser Quotenbetrachtung ist, dass der Unterschied der beiden MBO⁺-Gruppen in der t₃-Analyse noch nicht deutlich wird. Würde man nur diesen Zeitpunkt betrachten, dann würde man keinen Unterschied zwischen den Gruppen U⁺ und K⁺ feststellen. In beiden Gruppen verringerte sich die Erwerbsquote um etwa 15%-Punkte. Das bedeutet, man kann von einer längerfristig sichtbaren Wirkung der MBO-Rehabilitation auf die Erwerbsquote ausgehen, wobei insbesondere der Übergang in die Frührente gestoppt wird. Allerdings muss dieses Ergebnis noch einer statistischen Testung unterzogen werden.

Tab. 8-12: Veränderung der Erwerbsquote (mit EM-Rentner)

Quoten in %	MBO-Gruppen							
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻	
erwerbstätig t ₁	76,9		87,7		95,0		93,6	
	t ₃	t ₄						
erwerbstätig t ₃ /t ₄	59,6	42,3	71,9	62,7	87,1	87,0	92,3	91,1
erwerbstätig → arbeitslos/ EM-Rente	23,1	36,5	24,6	28,6	9,9	10,0	5,1	7,6
arbeitslos/ EM-Rente → erwerbstätig	5,8	1,9	8,8	3,6	2,0	2,0	3,8	5,1
N	52		57		11		78	

Eine multivariate Schätzung der Effekte auf den Erwerbsstatus nach sechs bzw. zwölf Monaten soll die oben gewonnenen Erkenntnisse testen und statistisch absichern. Insbesondere drei Vermutungen lassen sich formulieren:

- Die MBO-Rehabilitation zeigt einen positiven Effekt auf den Erwerbsstatus insbesondere bei Patienten mit einem diagnostizierten MBO-Bedarf.
- Die MBO-Rehabilitation zeigt einen positiven Effekt auf den Erwerbsstatus, der sich erst längerfristig offenbart.
- Die MBO-Rehabilitation verhindert insbesondere den Übergang in die Frührente.

Zur Überprüfung dieser Thesen sind im Folgenden verschiedene logistische Regressionsmodelle geschätzt worden. Die erste These lässt sich durch verschiedene Schätzmodelle für die MBO⁺- und MBO⁻-Patienten überprüfen. Dementsprechend basieren die Modelle in Tab. 8-13 auf der MBO⁺-Stichprobe, die in Tab. 8-14 auf der MBO⁻-Stichprobe. Es wird vermutet, dass einzig die Modelle auf Basis der MBO⁺-Stichprobe MBO-Effekte offenbaren.

In beiden Tabellen sind jeweils vier verschiedene Modellschätzungen dargestellt: In den Modellen 1 und 3 ist als unabhängige Variable der Erwerbsstatus nach sechs Monaten integriert, in den Modellen 2 und 4 der Erwerbsstatus nach einem Jahr. Dies zielt auf die Überprüfung der zweiten These ab. Die Vermutung besteht, dass erst die Modelle, die auf den Erwerbsstatus nach einem Jahr schätzen, einen signifikanten MBO-Effekt zeigen.

Die dritte These wird dadurch getestet, dass jeweils unterschiedliche Definitionen der Zielvariable angesetzt werden. Zum Einen besteht die Zielvariable einzig aus den Patienten mit den Zuständen „arbeitslos“ und „erwerbstätig“ (Modelle 1 und 2), zum Anderen wird der Zu-

stand „EM-Rente“ als zusätzliche Alternative einer Erwerbslosigkeit in den Modellen 3 und 4 verwendet. Damit kann geprüft werden, ob die MBO-Rehabilitation einen isolierten Effekt auf die Arbeitslosigkeit besitzt oder, wie vermutet, einen Effekt auf die Wanderungen in Arbeitslosigkeit bzw. EM-Rente.

Tab. 8-13: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf den Erwerbsstatus zu t_3/t_4 bei MBO⁺-Patienten (ohne sonstige Erwerbslosigkeit)

	Modell 1 (arbeitslos t_3)		Modell 2 (arbeitslos t_4)		Modell 3 (arbeitslos/ Frührente t_3)		Modell 4 (arbeitslos/ Frührente t_4)	
	OR	$p < .05$	OR	$p < .05$	OR	$p < .05$	OR	$p < .05$
Erwerbsstatus t_1	6,8	*	5,9	*	5,9	*	5,0	*
MBO-Teilnahme	0,2	*	0,3	*	0,2	*	0,4	*
Aufnahmediagnose	12,3	*	1,7		9,9	*	1,3	
Modellparameter								
N	93		88		100		100	
Chi²-Test (p)	21,402 (p<.05)		13,482 (p<.05)		20,610 (p<.05)		13,552 (p<.05)	
% Pseudo R²	29,1		19,4		25,7		17,0	
% Reklassifikation	77,4		69,3		73,0		64,0	

Anmerkungen:

Variablen Erwerbsstatus t_1 (1=arbeitslos/erwerbslos), MBO-Teilnahme (1=Teilnahme), Aufnahmediagnose (0=M40-M54 – Erkrankung der Wirbelsäule)

Tab. 8-14: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf den Erwerbsstatus zu t_3/t_4 bei MBO⁻-Patienten (ohne sonstige Erwerbslosigkeit)

	Modell 1 (arbeitslos t_3)		Modell 2 (arbeitslos t_4)		Modell 3 (arbeitslos/ Frührente t_3)		Modell 4 (arbeitslos/ Frührente t_4)	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Erwerbsstatus t_1	18,6	*	13,0	*	15,8	*	8,7	*
MBO-Teilnahme	0,4		0,6		0,4		0,6	
Berufl. Zukunft t_1	2,3		2,5		5,2	*	4,1	
Phys. Belastungen	1,6		1,5		1,5	*	1,4	
Modellparameter								
N	174		171		177		177	
Chi²-Test (p)	16,489 (p<.05)		13,856 (p<.05)		19,306 (p<.05)		15,443 (p<.05)	
% Pseudo R²	20,4		18,0		21,4		16,5	
% Reklassifikation	92,5		91,8		91,0		88,7	

Anmerkungen:

Variablen Erwerbsstatus t_1 (1=arbeitslos/erwerbslos), MBO-Teilnahme (1=Teilnahme), Berufl. Zukunft t_1 (1=nicht mehr im Beruf weiterarbeiten), Phys. Belastungen (Range 1-5)

Allgemein zeigen die Schätzmodelle, dass Arbeitslosigkeit vor der Maßnahme der größte Prädiktor für spätere Arbeitslosigkeit (und Frührente) ist. Bei MBO⁺-Patienten erhöht sich das Risiko späterer Nichterwerbstätigkeit (ohne sonstige nicht erwerbstätige Zustände) um das Fünf- bis Sechsfache, wobei die mittelfristige Arbeitslosigkeit/Frührente besser erklärt werden kann als die nach einem Jahr. Bei MBO⁻-Patienten ist vormalige Arbeitslosigkeit anscheinend ein sehr stabiler Zustand, der insbesondere mittelfristig einen sehr hohen Erklärungsbeitrag liefert: Das Risiko, nach sechs Monaten arbeitslos zu sein, steigt bei Arbeitslosigkeit vor der Maßnahme um das 18-fache gegenüber zu t₁ erwerbstätigen Patienten. Zwar sinken die Risiken bei längerfristiger Betrachtung und Integration der EM-Rentner in das Modell, doch ist auch in Modell 4 noch ein Odds Ratio von 8,7 ausgewiesen. Nichterwerbstätigkeit vor der Maßnahme bedeutet bei MBO⁻-Patienten also häufig auch Nichterwerbstätigkeit nach der Maßnahme.

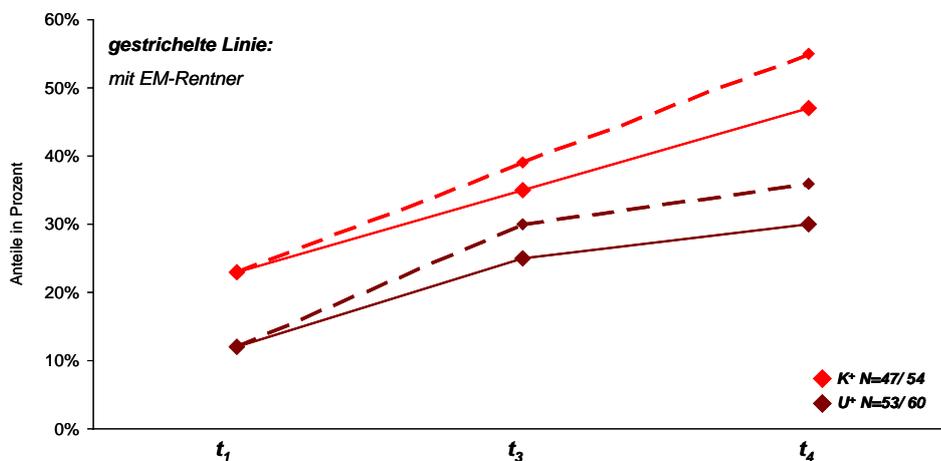


Abb. 8-17: Erwerbslosenquote (mit und ohne EM-Rentner) von t₁ zu t₄, nur MBO⁺-Patienten

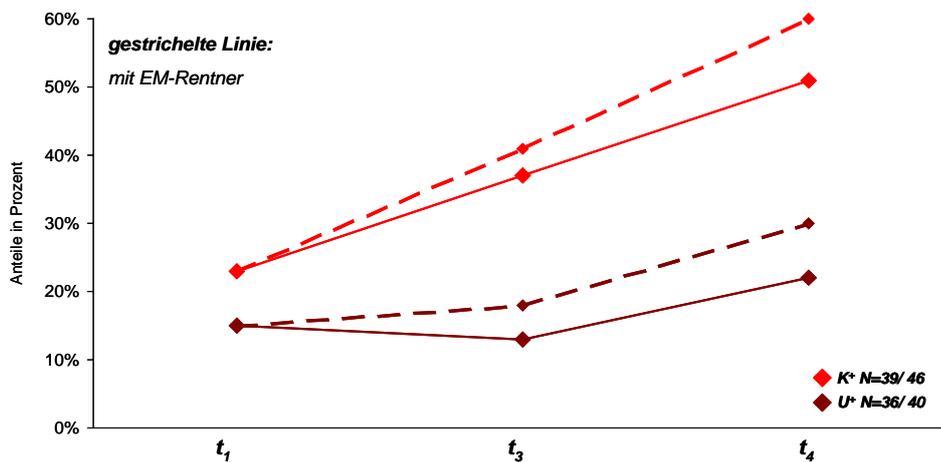


Abb. 8-18: Erwerbslosenquote (mit und ohne EM-Rentner) von t₁ zu t₄, nur MBO⁺-Patienten mit Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54)

Es wird schnell deutlich, dass die erste These von der differenziellen Wirkung der MBO-Rehabilitation in Abhängigkeit von diagnostiziertem MBO-Bedarf bestätigt werden kann. In allen vier Schätzmodellen besitzt die MBO-Rehabilitation bei MBO⁺-Patienten einen Effekt auf den Erwerbstatus nach der Maßnahme, während die Modelle der MBO⁻-Patienten keinen

solchen Effekt ausweisen. Zwar wird ein Odds Ratio von 0,4 bis 0,6 geschätzt, d.h. tendenziell lässt sich feststellen, dass bei Teilnahme am MBO-Modell der Klinik auch die Patienten ohne besondere berufliche Problemlagen davon profitieren, jedoch werden diese geringeren Risiken nicht statistisch abgesichert und müssen deshalb als zufällig interpretiert werden.

These 2 von der erst längerfristig messbaren Überlegenheit der MBO-Rehabilitation gegenüber der herkömmlichen Behandlung kann nicht bestätigt werden. Die deskriptiv ausgewiesenen Wanderungsquoten vermitteln dahingehend ein nur unzureichendes Bild: Auch nach sechs Monaten ist schon ein Effekt der Teilnahme am MBO-Modell der Klinik nachweisbar. MBO⁺-Patienten mit MBO-Behandlung verringern ihr Risiko späterer Arbeitslosigkeit um etwa 80% (OR=0,2) gegenüber der Kontrollgruppe K⁺. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, was diese oben aufgestellte zweite These fälschlicherweise nicht berücksichtigt hat: Der MBO-Effekt wird überlagert durch die unterschiedliche Verteilung der MBO⁺-Gruppen auf die jeweiligen Diagnosegruppen.

Ein Vergleich von Abb. 8-17 und Abb. 8-18 visualisiert dies. Wenn man sich vorerst nur auf die durchgezogenen Linien in den beiden Abbildungen konzentriert, zeigt sich, dass Patienten mit einer Erkrankung des Rückens (M40-M54) stärker von der MBO-Rehabilitation profitieren als Patienten mit einer anderen M-Diagnose. Die Arbeitslosenquote kann bei den Patienten mit Rückenerkrankung nach sechs Monaten in der Untersuchungsgruppe sogar leicht gesenkt werden, während in der Kontrollgruppe K⁺ ein jeweils ähnlicher Verlauf beobachtet werden kann. Dementsprechend weisen die Schätzmodelle für den Erwerbstatus zu t₃ auch einen signifikanten Effekt der Aufnahmediagnosegruppe aus. Patienten mit einer Erkrankung des Rückens können ihr Risiko späterer Arbeitslosigkeit bzw. Frührente erheblich verringern. Jedoch sind die Odds Ratio sehr stark überschätzt, was daran liegt, dass bei den hier zugrunde gelegten Gruppengrößen eine weitere Aufteilung in Diagnosegruppen sehr kleine Teilstichproben produziert. Dadurch wird der Standardfehler erhöht. Am berichteten Effekt der Aufnahmediagnose ändert dies jedoch nichts.

Schließlich wird sich der dritten These zugewandt, die aussagt, die Teilnahme am MBO-Modell der Klinik würde insbesondere den Übergang in die EM-Rente verhindern. Beim Vergleich der Modelle 1 und 3 (bezogen auf die MBO⁺-Stichprobe, vgl. Tab. 8-13) können keine Unterschiede bzgl. der MBO-Rehabilitation gefunden werden. In beiden Modellen verringert die Teilnahme am MBO-Modell der Klinik das Risiko späterer Erwerbslosigkeit signifikant. Der Vergleich der beiden Modelle, die ein längerfristiges Zeitintervall betrachten (Modelle 2 und 4), verdeutlichen, dass die These nicht bestätigt werden kann: Die MBO-Rehabilitation zeigt ihre Überlegenheit sowohl bei Definition des Zustandes „erwerbslos“ durch Integration der Arbeitslosen als auch bei zusätzlicher Integration der EM-Rentner in diese Kategorie. Allerdings wird in Abb. 8-17 eine andere Situation visualisiert: Nach sechs Monaten sind die Abstände der Arbeitslosenquoten zwischen den Gruppen U⁺ und K⁺ in etwa genauso groß wie die Abstände der gestrichelten Linien (Arbeitslosen- und EM-Rentenquote). Zu diesem Zeitpunkt macht es also keinen Unterschied, welche Quote man betrachtet. Nach einem Jahr jedoch zeigt sich, dass die gestrichelte Linie (Arbeitslose und EM-Rentner) der Gruppe K⁺ stärker ansteigt als deren durchgezogene Linie (nur Arbeitslose), während die Linien der Gruppe U⁺ einen parallelen Verlauf aufweisen. Den Unterschied machen die Wanderungen in die EM-Rente aus, doch wie aus den multivariaten Schätzmodellen deutlich wird, handelt es sich um einen zufälligen Effekt.

Die MBO-Rehabilitation schafft es also, den Erwerbsstatus unter bestimmten Bedingungen positiv zu beeinflussen. Damit ist nicht gemeint, dass Arbeitslosigkeit durch berufsbezogene Maßnahmen abgebaut werden kann. Vielmehr wird deutlich, dass es möglich ist, einen ohnehin sehr negativen Trend, nämlich das massive Abwandern der beruflich besonders beeinträchtigten Patienten in Arbeitslosigkeit und v.a. Frührente aufzuhalten. Von diesem positiven Trend profitieren v.a. Patienten mit Erkrankungen des Rückens. Warum andere M-Diagnosen wie Weichteilrheumatismus oder Arthrosen nur eingeschränkte Wirkungen der MBO-Rehabilitation auf die berufliche Teilhabe zeigen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Dazu sind die vorhandenen Stichproben zu klein. Fakt ist jedoch: Die berufsbezogene medizinische Rehabilitation der Klinik Niedersachsen ist einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation in der Verbesserung der beruflichen Teilhabe langfristig überlegen, wenn es sich um Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen handelt.

8.5 Inanspruchnahme und Prozessmanagement

Der nächste Punkt der Analyse längerfristiger Effekte der MBO-Behandlung beinhaltet das nach der Rehabilitation an den Tag gelegte Inanspruchnahmeverhalten bezüglich unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems.

Damit soll untersucht werden, inwiefern die Patienten nach Abschluss der Rehabilitation weiterhin auf sozialversicherungsrechtliche Leistungen angewiesen sind. Die Interpretation einer erhöhten Inanspruchnahme kann dabei ambivalent diskutiert werden. Einerseits erfolgt eine weitere aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung mit dem Ziel der Verbesserung der funktionalen Gesundheit und damit der Erhöhung der Teilhabechancen; andererseits führt diese Auseinandersetzung aus der Sicht der Träger auch zu einer erhöhten finanziellen Belastung der sozialen Sicherungssysteme. Es kann allerdings nicht unterschieden werden, inwiefern eine Erhöhung des Inanspruchnahmeverhaltens unter dem Aspekt der Verbesserung der gesundheitlichen Parameter gerechtfertigt erscheint. Deshalb ist es schwierig hier geeignete Hypothesen zu bilden.

Jedoch kann angenommen werden, und dies wurde eingangs schon als explizites Ziel der MBO-Rehabilitation aufgezeigt, dass die frühzeitige Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben den gesamten Reha-Prozess verbessert und dazu beiträgt, dass die Teilhabemöglichkeiten des Patienten gestärkt und er u.U. frühzeitiger wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert wird. Der Erfolg der MBO-Rehabilitation der Klinik Niedersachsen, die einen Schwerpunkt auf der effektiven Ermittlung von beruflichen Problemlagen legt, wäre also anhand der Prädiktion der Empfehlungen im Entlassungsbericht im Hinblick für die Durchführungen von LTA-Maßnahmen ablesbar.

Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit der Absichtsbildung der Patienten zur weiteren Inanspruchnahme von Leistungen der Rentenversicherung. Dabei wird gefragt, ob die Patienten in nächster Zeit planen, einen Antrag auf medizinische Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder gar auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Hier gilt als Annahme, dass die Intention eines weiteren Antrags auf medizinische Rehabilitation oder die EM-Rente die Meinung der Patienten widerspiegelt, dass die bisherigen Leistungen (noch) nicht ausgereicht haben, um ihre gesundheitlichen Probleme adäquat zu verbessern. Die MBO-Rehabilitation sollte diesen Prozess möglichst verhindern, zumindest jedoch nicht negativ beeinflussen. Der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als solcher

kann dagegen durchaus positiv interpretiert werden. Der Patient meint, eine solche Leistung zu brauchen, wobei über die Sinnhaftigkeit an dieser Stelle nicht diskutiert wird.

8.5.1 Arztkontakte und Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten

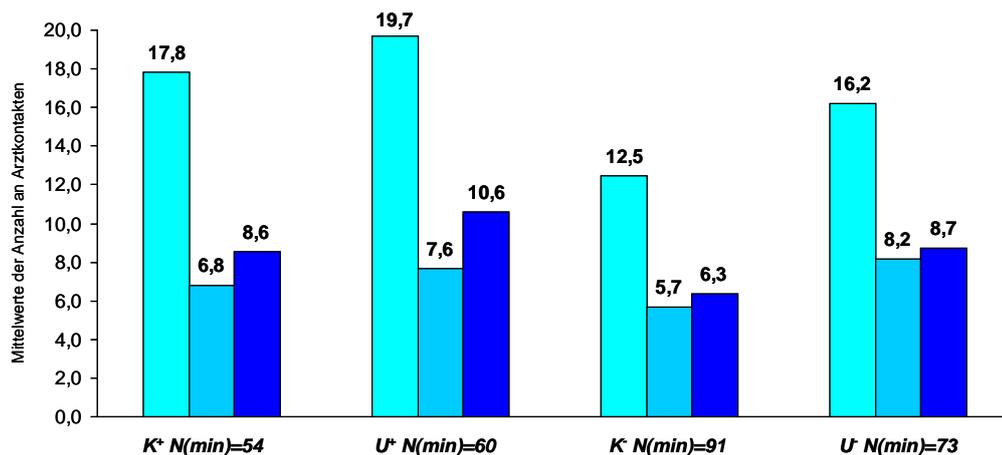
In Tab. 8-15 sind die Arztkontakte zwölf Monate nach der Maßnahme in den einzelnen Untersuchungsgruppen dargestellt. Daraus geht hervor, dass knapp 95% der Patienten im Jahr nach der Maßnahme mindestens einen Arzt aufgesucht haben. Unterschiede sind weder zwischen den Bedarfsgruppen noch innerhalb dieser zu beobachten. Es wird zum größten Teil der Hausarzt aufgesucht (90,8%). Drei Viertel der Patienten waren in diesem Zeitraum auch bei einem Facharzt, wobei erwartungsgemäß hier überraschenderweise keine Unterschiede zwischen MBO⁺- und den MBO⁻-Gruppen bestehen. MBO⁺-Patienten waren nach der Rehabilitation genauso häufig bei einem Facharzt. Es können keine MBO-Effekte ermittelt werden, der Anteil der Besuche ist zwischen den beiden Untersuchungsgruppen U⁺ und K⁺ gleich. Die Besuche bei einem Orthopäden zeigen ein etwas anderes Bild: Knapp 70% der MBO⁺-Patienten waren im Jahr nach der Maßnahme mindestens einmal bei einem Orthopäden, während MBO⁻-Patienten nur zu etwas mehr als 50% einen solchen aufsuchten.

Es sind also keine Unterschiede bei der Analyse des Anteils der Patienten, die überhaupt einen Arzt aufsuchten, zu erkennen. Jedoch zeigt die Abb. 8-19, dass bei der Häufigkeit der Besuche ein etwas komplexeres Bild vorherrscht. Danach weisen MBO⁺-Patienten, wenn sie denn zum Arzt gehen, mehr Besuche auf als MBO⁻-Patienten. Im Durchschnitt sind es 18 bzw. knapp 20 Besuche im letzten halben Jahr gegenüber 13 bzw. 16 bei den MBO⁻-Patienten gewesen. Die Unterschiede bei werden allerdings stärker durch die höhere Besuchszahl eines Facharztes getragen als durch die Anzahl der Besuche beim Hausarzt. Während gruppenübergreifend in etwa 6-8mal der Hausarzt aufgesucht wurde, berichten die MBO⁺-Patienten von 9-10 Besuchen bei einem Facharzt, die MBO⁻-Patienten dagegen von 6-8 Besuchen. Allerdings sind dies eher kleine Unterschiede.

Tab. 8-15: Arztkontakte gesamt und getrennt nach Fachgebiet

Arztkontakte	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
gesamt	56	94,9	58	90,6	97	97,0	77	93,9	288	94,4
Fachärzte	47	79,7	48	75,0	77	77,0	62	75,6	234	76,7
Hausarzt	53	89,8	57	89,1	91	91,0	76	92,7	277	90,8
Orthopäde	41	69,5	41	64,1	52	52,0	45	54,9	179	58,7

Signifikanztest (Chi²-Test)
alle Bereiche: n.s.



Signifikanztest zwischen den Risikogruppen (Mann-Whitney-U):

Arztkontakte insgesamt: MBO⁺ n.s. MBO⁻ n.s.

Arztkontakte Hausarzt: MBO⁺ n.s. MBO⁻ Z=-2,29, p<.05

Arztkontakte Facharzt: MBO⁺ n.s. MBO⁻ n.s.

■ Arztkontakte insgesamt
■ Arztkontakte Hausarzt
■ Arztkontakte Facharzt

Abb. 8-19: Anzahl Arztkontakte bei Hausarzt, Facharzt und Ärzten insgesamt

Innerhalb der Randomisierungsgruppen ist von Interesse, dass ein signifikanter Unterschied⁹ zwischen den Gruppen U⁻ und K⁻ bei der Anzahl der Hausarztbesuche existiert, also den Gruppen, die keinen MBO-Bedarf an den Tag legten. Die Gruppe U⁻ mit MBO-Behandlung ging signifikant häufiger im letzten Jahr zum Hausarzt als die Kontrollgruppe K⁻. Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass hier keine Kontrolle der Störfaktoren erfolgte. Es könnte also sein, dass dieser Unterschied auf der gezeigten Strukturungleichheit dieser beiden Randomisierungsgruppen beruht. Dies deutet sich insofern an, als auch alle anderen Werte, wenn nicht signifikant, doch tendenziell bei der Gruppe U⁻ höher sind. Fakt ist jedoch, dass die MBO-Behandlung keine – weder positive noch negative – Effekte auf das spätere Inanspruchnahmeverhalten zeigt.

Darüber hinaus wurden die Patienten gefragt, ob sie in den zwölf Monaten nach der Maßnahme unterschiedliche gesundheitsfördernde Angebote wahrnahmen. Es wurde eine Liste vorgegeben, die sowohl medizinisch orientierte Angebote (Massagen, Lymphdrainagen), Angebote zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit (Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie) und psychologische Maßnahmen (Entspannungstraining, Stressbewältigung) enthielt. Des Weiteren konnten Angebote angegeben werden, die zu einer intensiven Auseinandersetzung bzw. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens beitragen wie z.B. Entwöhnungskurse oder auch Kochkurse und schließlich Maßnahmen allgemeiner Nachsorge. Dabei war nicht nur von Interesse, ob der Patient daran teilnahm, sondern auch, wie häufig er das jeweilige Angebot wahrnahm.

Tab. 8-16 zeigt die Nutzungsanteile dieser gesundheitsfördernden Angebote. Insgesamt nutzen mehr als 75% der Patienten eines dieser Angebote. Am häufigsten wurden mit 63% funktional orientierte Angebote besucht, was nach einer orthopädischen Rehabilitationsmaß-

⁹ Es wurde der verteilungsfreie Mann-Whitney-U-Test herangezogen, weil die Anzahl der Arztbesuche eine starke Rechtsschiefe zeigt. Es gibt viele Patienten mit wenigen Besuchen und dementsprechend sehr wenige mit vielen Besuchen.

nahme auch nicht verwundert. Jedoch überrascht es, dass zwischen den Bedarfsgruppen hier keine Unterschiede vorliegen, konnte doch angenommen werden, dass MBO⁺-Patienten, resultierend aus ihrer stärkeren Problematik, auch häufiger zur Krankengymnastik oder zur Sport- und Bewegungstherapie gehen würden.

Tab. 8-16: Nutzungsanteile von gesundheitsfördernden Angeboten

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Angebote gesamt	42	73,7	44	68,8	83	83,0	61	76,3	302	76,4
Angebote mit der Ausrichtung...										
...medizinisch	12	21,1	13	20,3	27	27,0	29	35,8	81	26,9
...funktional	36	63,2	40	62,5	63	63,0	50	61,7	189	62,8
...Nachsorge	8	14,0	7	10,9	21	21,0	6	7,4	42	14,0
...psychisch	4	7,0	0	0,0	7	7,0	10	12,3	21	7,0
...Verhalten	7	12,3	14	21,9	35	35,0	15	18,5	71	23,6

Signifikanztest (Chi²-Test):
alle Bereiche: n.s.

Auch die niedrige Quote bei der Teilnahme an Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens verwundert etwas. Es wurde an früherer Stelle schon gezeigt, dass es einen beträchtlichen Teil an Patienten mit problematischem Lebensstil gibt. Ein solch riskanter Lebensstil führt dazu, dass die Verbesserung der funktionalen Gesundheit negativ beeinflusst wird, er wirkt als Barriere auf dem Weg zu einer besseren Gesundheit. Es fehlen zwar Vergleichszahlen aus anderen Studien, man könnte jedoch annehmen, dass spezielle Aufklärungsprogramme schon innerhalb des Klinikaufenthaltes dies ändern würden. Diese Behauptung ist allerdings verfrüht formuliert, gibt es doch Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass die Patienten zu einem weitaus größeren Teil solche postrehabilitativen Aktivitäten durchführen, dies jedoch nicht an besondere institutionelle Angebote knüpfen, sondern hier privat stärker engagiert sind (Nowossadeck et al. 2004).

Abb. 8-20 geht der Frage nach, wie viele unterschiedliche Angebote von den Patienten wahrgenommen wurden. Zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Von den jeweils etwa 70%, die mindestens ein Angebot wahrnehmen, konzentriert sich der größere Teil auf mindestens zwei verschiedene Maßnahmen, während ungefähr 30% nur ein Angebot im Laufe eines Jahres nach der Rehabilitation besuchten. Es deutet sich zwar an, dass die Patienten die an der MBO-Behandlung teilnahmen, tendenziell mehr Angebote nutzten, jedoch wird diese Tendenz nicht signifikant ausgewiesen und muss daher als Zufall interpretiert werden.

Des Weiteren steht nun zur Diskussion, wie oft die Patienten, so sie ein Angebot nutzten, dieses besuchten. In Abb. 8-21 sind zwei zentrale und für die Analyse der MBO-Effekte auch bedeutsame Angebote aufgezeigt. Zum Einen handelt es sich um die Häufigkeit von Krankengymnastik und zum Anderen, wie oft an einer Sport- und Bewegungstherapie teilgenommen wurde. Es ist in Tab. 8-16 schon gezeigt worden, dass keine Unterschiede bezüglich

der absoluten Teilnahme zwischen den Gruppen bestehen. Deshalb wird sich hier nur auf die Patienten konzentriert, die überhaupt ein solches Angebot wahrnahmen.

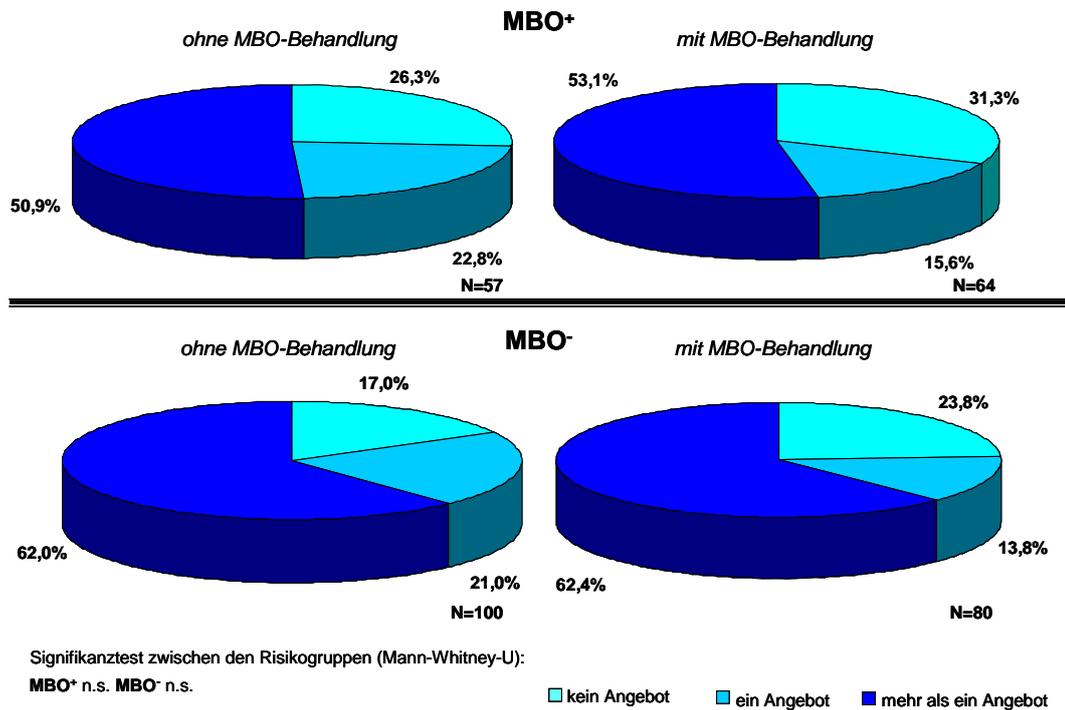


Abb. 8-20: Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten insgesamt (gruppiert)

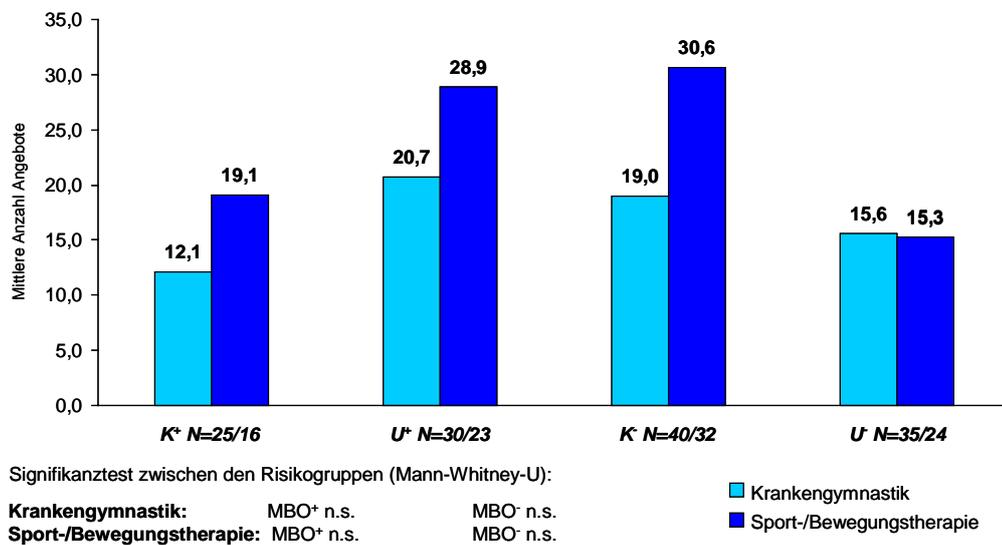


Abb. 8-21: Durchschnittliche Nutzung bestimmter gesundheitsfördernder Angebote (bei Teilnahme)

Durchschnittlich werden 17 Teilnahmen an einer Krankengymnastik angegeben und 25mal an einer Sport- bzw. Bewegungstherapie teilgenommen. Dabei werden Unterschiede zwischen den Randomisierungsgruppen deutlich: Die Gruppe U+ sagt gegenüber ihrer Kontrollgruppe, dass sie häufiger krankengymnastische und auch sporttherapeutische Übungen durchführte. Die beiden Gruppen U- und K- zeigen kein signifikant unterschiedliches Nutzungsverhalten hinsichtlich der Sporttherapie, obwohl Patienten ohne MBO-Bedarf und ohne

MBO-Teilnahme während der Rehabilitationsbehandlung im Jahr nach der Maßnahme etwa doppelt so häufig bei einer solchen Therapie gewesen sind. Dies ist mit den kleinen Stichproben und sehr großen Streuungen der Teilnahmehäufigkeiten zu erklären. Selbst ein Unterschied wie in der Grafik zwischen U⁻ und K⁻ gezeigt, wird als nicht signifikant ausgewiesen.

Man kann jedoch sagen, dass die Patienten – so sie einen MBO-Bedarf an den Tag legen und am MBO-Programm der Klinik teilnahmen – dazu angeregt sind, häufiger weitere krankengymnastische Angebote in Anspruch zu nehmen. Patienten ohne MBO-Bedarf zeigen bei Teilnahme am MBO-Programm ein verringertes Inanspruchnahmeverhalten. Zu klären wäre, ob die MBO-Behandlung diese Effekte tatsächlich erzeugt oder hier wieder Störgrößen den eigentlichen Effekt überlagern. Dem kann jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht adäquat nachgegangen werden.

8.5.2 Durchführung von LTA-Maßnahmen und individuelles Antragsverhalten

Ein erklärtes Ziel von berufsbezogenen Maßnahmen im Allgemeinen und der MBO-Maßnahme der Klinik Niedersachsen im Besonderen ist es, die Schnittstellenproblematik, die zwischen der medizinischen Rehabilitation und der Gewährung von LTA-Maßnahmen existiert, zu verbessern, wenn nicht gar zu beheben. Dazu können grundsätzlich zwei Vorgehensweisen beschrieben werden. Erstens ist es wichtig, die Informationen, die die Klinik während des Rehabilitationsprozesses über die berufliche Situation des Patienten gewinnt, möglichst umfassend und schnell an die entsprechenden Träger der sich evtl. anschließenden beruflichen Maßnahmen weiterzuleiten, um eine Antragsbearbeitung und –entscheidung zu forcieren. Des Weiteren spielt jedoch der Patient selbst eine große Rolle in diesem Prozess, denn nur auf seine Initiative hin wird ein Antrag gestellt und bearbeitet. Das bedeutet, den Patienten für seine berufliche Problematik zu sensibilisieren und ihm aufzuzeigen, dass eine Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unabdingbar erscheint, falls seine Erwerbsfähigkeit langfristig durch die Gesundheit gefährdet erscheint.

Tab. 8-17: Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K ⁻		U ⁻			
	N / %									N / %
<i>Erlangung/Erhalt des Arbeitsplatzes</i>	9	16,7	12	20,0	4	4,0	3	3,7	28	9,5
<i>berufsvorbereitende Maßnahme</i>	1	1,9	6	10,0	1	1,0	3	3,7	11	3,7
<i>Maßnahmen zur beruflichen Bildung</i>	6	11,1	11	18,3	4	4,0	2	2,5	23	7,8
<i>Leistungen an den Arbeitgeber</i>	7	13,0	13	21,7	0	0,0	2	2,5	22	7,5
<i>Insgesamt: LTA-Teilnahme</i>	19	35,2	29	48,3	7	7,1	11	13,6	66	22,4

Signifikanztest (Chi²-Test):
alle Bereiche: n.s.

Eine Wirkung der MBO-Behandlung kann in der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgelesen werden. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass bis zum Zeitpunkt der Erhebung (zwölf Monate nach der Behandlung) mehr Patienten mit beruflicher Problematik und auch entsprechender MBO-Behandlung (U⁺) in LTA-Maßnahmen integriert sind als Patienten aus der Kontrollgruppe (K⁺).

Tab. 8-17 zeigt, dass – zumindest tendenziell – die Hypothese bestätigt werden kann. Allerdings sind die aufgezeigten Unterschiede nicht signifikant. Dies ist verwunderlich, wenn man sieht, dass der Unterschied bei den „Leistungen an den Arbeitgeber“ etwa 9%-Punkte beträgt. Insgesamt, also nach Auszählung aller möglichen Arten von LTA-Maßnahmen, sind gar 13% mehr Patienten aus der Gruppe U⁺ in selbige integriert als Patienten aus der Kontrollgruppe.

Ein ähnliches Ergebnis kann bei der Analyse der Anteilswerte der MBO⁻-Gruppen abgelesen werden. Die Gruppe U⁻ mit MBO-Behandlung hat nach sechs Monaten häufiger eine LTA angetreten als die Gruppe K⁻. Auch dieser Unterschied ist nicht signifikant. Dies legt den Schluss nahe – wenn man bedenkt, dass der Bedarf in beiden Gruppen laut Klinikeinschätzung bei etwa 15% liegt (vgl. Tab. 7-2.1, S.83) – dass auch hier die MBO-Behandlung zu einem schnelleren Prozess beiträgt, auch wenn dies nicht statistisch abgesichert wird.

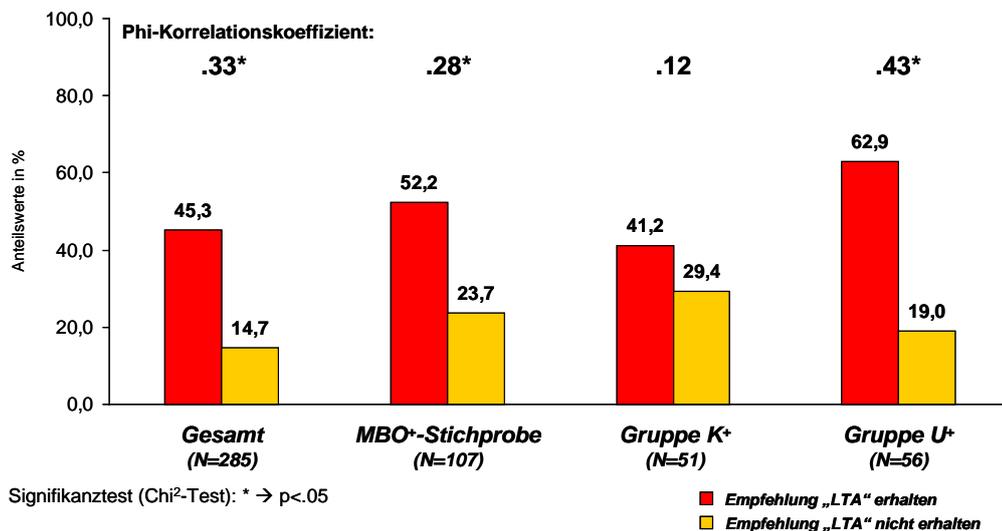


Abb. 8-22: Übereinstimmung von Empfehlungen für LTA im Entlassungsbericht und der Teilnahme an LTA (bzw. der Intention dazu)

Leider lässt sich wenig darüber aussagen, welche Funktion die MBO-Rehabilitation in diesem Prozess ausübt. Es könnte vermutet werden, dass der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere durch die valide Einschätzung des individuellen Leistungsprofils durch den EFL-Test besser vorhergesagt werden kann. Aus der deskriptiven Übersicht der Tabelle kann diese Aussage nicht überprüft werden. Das Problem besteht darin, dass zwar die Quote der LTA-Teilnahme in allen Gruppen unter der Empfehlungsquote weiteren beruflichen Bedarfs aus dem Entlassungsbericht liegt, jedoch nicht gesagt ist, dass es sich dabei um dieselben Patienten handelt, die eine LTA im Entlassungsbericht empfohlen bekommen und diese tatsächlich innerhalb von einem Jahr angetreten haben.

Aus diesem Grund ist in Abb. 8-22 dargestellt, wer von den (potenziellen) LTA-Teilnehmern zu t₂, also am Ende der Maßnahme, die Empfehlung auf Prüfung einer LTA bekam. Die Ver-

teilung ist auf Basis vier verschiedener Stichproben berechnet worden. Zum Einen wird der Vermutung nachgegangen, dass die Klinik insgesamt eine präzise LTA-Bedarfsfeststellung im Entlassungsbericht besitzt. Dazu ist der Zusammenhang zwischen der Empfehlung und der letztlichen Teilnahme bzw. der Intention zur Teilnahme an LTA für die Gesamtstichprobe eingeschätzt worden. Des Weiteren könnte vermutet werden, dass die Klinik den weiteren Bedarf nur für die MBO⁺-Patienten im Speziellen sehr präzise formuliert. Und schließlich, überprüft durch den direkten Vergleich von Treatment- und Kontrollgruppe, wird getestet, ob die MBO-Teilnahme hier einen Einfluss ausübt. Als Maß wurde der Zusammenhangskoeffizient Phi für nominale Datenniveaus berechnet. Je höher der Koeffizient ist, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen der gegebenen Empfehlung und der späteren Teilnahme.

Als Erstes muss festgestellt werden, dass die Klinik für alle Patienten relativ präzise vorher sagt, ob diese später einen LTA-Bedarf besitzen und auch tatsächlich ihre Maßnahme antreten oder nicht. Mit einem Zusammenhang von $\Phi=.33^{10}$ im Allgemeinen und $\Phi=.28$ im Besonderen für die MBO⁺-Patienten kann von einer sehr guten Bedarfsfeststellung der Klinik ausgegangen werden. Man sieht zweitens, dass die MBO-Behandlung in der Gruppe mit MBO-Bedarf (U⁺) einen Effekt dahingehend zeigt, dass die Durchführung der Maßnahmen – im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe – in mehr Fällen zumindest begonnen hat (63% gegenüber 41%). Der Unterschied beträgt 22%-Punkte und wird mit $\Phi=.43$ als relativ groß ausgewiesen. Dagegen kann für die Kontrollgruppe K⁺ kein signifikanter Zusammenhang berichtet werden.

Jedoch wäre eine letztlich tragfähige statistische Testung nur dann sinnvoll, wenn die jeweiligen Confounder mit berücksichtigt werden. Es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass zumindest der Erwerbstatus die Teilnahme an LTA mit beeinflussen könnte, der gezeigte Unterschied also nicht durch die Teilnahme an der MBO-Rehabilitation erklärt wird. In der Tab. 8-18 wird deshalb für beide Bedarfsgruppen in einem multivariaten Modell überprüft, was für den Unterschied verantwortlich zu machen ist. Im oberen Teil ist das Schätzmodell der MBO⁺-Gruppen mit den schon bekannten Confoundern dargestellt, im unteren Teil des entsprechende Pendant für die MBO⁻-Gruppen.

Abhängige Variable im Modell ist die Teilnahme an LTA bzw. die Intention der zeitnahen Antragstellung (respektive die Stichproben aus dem rechten Teil der Abb. 8-22). Der Einfluss der MBO-Rehabilitation, so die Vermutung, ist nicht direkt auf die LTA-Teilnahme zu schätzen, sondern wirkt quasi über die entsprechende Empfehlung darauf. Man spricht methodisch in solchen Fällen von einem Moderatoreffekt: Erst das Zusammentreffen von MBO-Teilnahme und Empfehlung „LTA prüfen“ im Entlassungsbericht bewirkt eine schnellere LTA-Teilnahme. Aus diesem Grund wird nicht nur die Variable „Teilnahme an MBO“ isoliert, sondern zusätzlich als Wechselwirkung mit der Empfehlung „LTA prüfen“ geschätzt. Es wird an den Modellkoeffizienten deutlich, dass das Modell nur für die MBO⁺-Stichprobe richtig spezifiziert ist, der entsprechende Chi²-Test des Modells „MBO“ ist als nicht signifikant ausgewiesen.

¹⁰ Das Zusammenhangsmaß Φ (Phi) ist vergleichbar mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson und wird für nominal skalierte Daten verwendet. Es berechnet sich aus der Division des Chi²-Wertes und der zugrunde liegenden Fallzahl.

Das obere Schätzmodell zeigt, dass die oben aufgestellte Vermutung, der Erwerbsstatus zu t_1 könnte einen Einfluss auf die Vergabe späterer LTA besitzen, nicht zutreffend war. Es kann kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Auch die anderen Confounder beeinflussen die LTA-Vergabe nicht. Allerdings bestätigt sich auch die oben schon erkannte Überlegenheit des MBO-Modells der Klinik bzgl. der LTA-Teilnahme nicht. Der Bedarf an weiterführenden LTA kann bei Patienten der Gruppe U^+ , also bei Durchführung der MBO-Rehabilitation, laut Modell nicht signifikant besser erkannt werden. Das Odds Ratio ist mit einem Wert von 4,0 zwar sehr hoch, doch ist wohl die betrachtete Stichprobe nicht groß genug, um den vermuteten Effekt tatsächlich auszuweisen. Bei einer hypothetischen Verdoppelung der Stichprobe lässt sich eine signifikante Wechselwirkung von Empfehlung erhalten und MBO-Teilnahme nachweisen. Die Übereinstimmung zwischen klinikseitiger Bedarfsfeststellung und tatsächlicher Inanspruchnahme ist demnach, das zeigt auch die obige Grafik, durchaus besser als in der Kontrollgruppe ohne MBO-Rehabilitation, doch verhindert die zu kleine Stichprobe hier die Effektdarstellung.

Tab. 8-18: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf die Teilnahme an LTA in den zwölf Monaten nach der Maßnahme bzw. Antragsabsicht in näherer Zukunft, getrennt nach Vergleichsgruppen

	B	Standardfehler	Wald-Test	OR
MBO⁺				
Erwerbsstatus t_1	-0,519	0,672	0,596	0,6
Aufnahmediagnose	0,044	0,633	0,005	1,0
Empf. LTA	-0,628	0,841	0,557	0,5
Teilnahme an MBO	0,632	0,746	0,718	1,9
Empf. LTA x Teilnahme an MBO	1,394	0,995	1,962	4,0
Chi²=11,879*; Nagelkerke's R²=16,1%; richtige Reklassifikation: 66,7%				
MBO⁻				
Berufliche Zukunft t_1	0,091	0,066	1,095	1,1
Anzahl phys. Belastungen	-0,381	0,455	0,683	0,7
Empf. LTA	0,882	0,513	2,416	2,4
Teilnahme an MBO	0,886	0,898	2,425	2,4
Empf. LTA x Teilnahme an MBO	-0,395	1,095	0,674	0,7
Chi²=9,781; Nagelkerke's R²=9,5%; richtige Reklassifikation: 85,2%				

Anmerkungen: abh. Variable: Teilnahme an bzw. Antragsabsicht auf LTA in den nächsten drei Monaten (0=nicht teilgenommen/keine Antragsabsicht);

Prädiktoren: Erwerbsstatus t_1 (0=erwerbstätig), Aufnahmediagnose (0=M40-M54), Berufliche Zukunft t_1 (1=weiter arbeiten können), Empf. LTA (0=keine Empfehlung), Teilnahme an MBO (0=keine Teilnahme)

* → $p < .05$

Daraus lassen sich zwei Schlüsse formulieren, deren Gültigkeit durch dieses Schätzmodell nahe gelegt wurde. Zum Einen könnte die Übereinstimmung damit zutun haben, dass der Patient im EFL-Test und den weiteren berufsbezogenen Maßnahmen eine intensive Auseinandersetzung mit seiner beruflichen Situation erfährt und sein eigenes Urteil bzgl. der spä-

teren beruflichen Leistungsfähigkeit mit dem der Klinik übereinstimmt. Zum Anderen ist die Klinik durch die MBO-Rehabilitation, wohl insbesondere die ausführliche Diagnostik, in der Lage, relativ valide spätere LTA-Bedarfslagen zu erkennen und diese zu formulieren. Dies führt in letzter Konsequenz zu der Frage, ob es nicht sinnvoll ist, ein solches Potenzial dahingehend zu nutzen, dass die Antragstellung auf LTA schon viel früher, z.B. schon im Laufe des Klinikaufenthaltes in Zusammenarbeit mit den Rehafachberatern des Rentenversicherungsträgers, erfolgt. Dies würde die zeitlichen Verzögerungen des nachfolgenden Prozesses erheblich verkürzen und u.U. früher die Teilhabe der Patienten am Arbeitsleben sichern helfen. Allerdings muss einschränkend darauf verwiesen werden, dass der Effekt der MBO-Rehabilitation so klein ist, dass erst eine größere Stichprobe hier Klarheit schaffen würde.

8.5.3 Absichtsbildung zur Inanspruchnahme von Leistungen der Rentenversicherung

Im letzten Teil dieses Abschnittes steht das zukünftige Antragsverhalten, die Absichtsbildung einer Inanspruchnahme, im Vordergrund. Dazu wurden die Patienten gefragt, inwiefern sie planen, in nächster Zeit Anträge auf verschiedene Leistungen der Rentenversicherung zu stellen. Zur Auswahl standen der Antrag auf eine weitere medizinische Rehabilitation, ein Antrag auf LTA und ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente.

Tab. 8-19: Absicht, in nächster Zeit (erneut) einen Antrag auf verschiedene Leistungen der Rentenversicherung zu stellen

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %								N / %	
Antragsabsicht medizinische Rehabilitation?										
Ja, in nächster Zeit	35	60,3	39	61,9	68	66,7	60	70,6	202	65,6
Nein	23	39,7	24	38,1	34	33,3	25	29,4	106	34,4
Antragsabsicht LTA?										
Ja, in nächster Zeit	19	35,8	22	36,1	32	32,3	29	34,9	102	34,5
Nein	34	64,2	39	63,9	67	67,7	54	65,1	194	65,5
Antragsabsicht Erwerbsminderungsrente?										
Ja, in nächster Zeit	11	22,9	12	23,5	10	10,4	13	16,5	46	16,8
Nein	37	77,1	39	76,5	86	89,6	66	83,5	228	83,2

Signifikanztest (Chi²-Test):

alle Bereiche: n.s.

Es wurde versucht, die Patienten dazu zu bewegen, ihre subjektive Bedarfslage adäquat darzustellen. Tab. 8-19 zeigt die Verteilung in Bezug auf die drei genannten Leistungsarten. Danach meinen gruppenübergreifend 65,6% der Patienten, in nächster Zeit wieder einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung zu stellen. Es ist nicht klar, inwiefern hier Kritik am vorherigen Rehabilitationsaufenthalt geübt wird oder implizit ein Lob ausgesprochen wurde. Es ist nämlich sowohl interpretierbar, dass ein Teil dieser Patienten eine erneute Rehabilitationsleistung anstrebt, weil der Aufenthalt in der Klinik Niedersachsen ihm

nicht geholfen hat. Des Weiteren wäre möglich, dass die Patienten so begeistert davon waren, dass sie um so schneller wieder einen solchen Aufenthalt begehren. Entsprechende Analysen zeigen, dass keine der beiden Hypothesen bestätigt oder verworfen werden kann. Auf die Antragstellung zu einer weiteren medizinischen Rehabilitation haben weder der Gesundheitszustand vor Beginn der Rehabilitation noch die Veränderung der funktionalen Gesundheit einen Einfluss. Auch die Zusammenhangsanalyse zu weiteren, kontextuellen Parametern zeigt, dass das Begehren der weiteren Antragstellung nicht adäquat mit den hier zur Verfügung stehenden Daten erklärbar ist. Einzig das Alter zeigt dahingehend einen Einfluss, dass jüngere Patienten eher die Bereitschaft einer weiteren Antragstellung zur medizinischen Rehabilitation besitzen. Etwa 35% der Stichprobe meinen, in nächster Zeit einen Antrag auf LTA zu stellen. Hier können überraschenderweise keine Unterschiede zwischen MBO⁺- und MBO⁻-Patienten festgestellt werden. Ebenfalls heterogen erscheint das Antragsverhalten in Bezug auf eine EM-Rente. Allerdings stehen hier die Patienten der Gruppen U⁺ und K⁺ mit jeweils 23% an erster Stelle, was nicht weiter verwundert, schließlich sind dies die Gruppen mit dem schon vor einem Jahr diagnostizierten MBO-Bedarf.

Tab. 8-20: Zeitliche Einordnung der Antragsabsicht

	MBO ⁺				MBO ⁻				Gesamt	
	K ⁺		U ⁺		K		U			
	N / %									
Antrag medizinische Rehabilitation										
<i>im nächsten Jahr</i>	11	33,3	18	40,0	20	29,0	32	54,2	81	39,3
<i>später</i>	22	66,7	27	60,0	49	71,0	27	45,8	125	60,7
Antrag LTA										
<i>im nächsten Jahr</i>	2	11,8	4	20,0	11	24,4	22	53,7	39	31,7
<i>später</i>	15	88,2	16	80,0	34	75,6	19	46,3	84	68,3
Antrag Erwerbsminderungsrente										
<i>im nächsten Jahr</i>	3	13,6	2	9,5	5	25,0	5	23,8	15	17,9
<i>später</i>	5	22,7	9	42,9	8	40,0	8	38,1	30	35,7
<i>Antrag gestellt</i>	14	63,6	10	47,6	7	35,0	8	38,1	39	46,4

Signifikanztest (Chi²-Test) nur signifikante Vergleiche:

Antrag med. Reha: MBO⁻ Chi²=8,408

Antrag LTA: MBO⁻ Chi²=7,743

Tab. 8-20 relativiert die Aussage aus Tab. 8-19 durch die zeitliche Einordnung der Antragsabsicht. Dadurch wird z.B. sichtbar, dass die Gruppe U⁺ die Intention eines Rentenanspruchs unbestimmt in die Zukunft verlegt, während die Kontrollgruppe K⁺ dies viel stärker in unmittelbarer Zukunft einordnet. Auch dieser Unterschied ist nicht allerdings signifikant. Bezüglich der weiteren medizinischen Reha-Antragstellung wird klar, dass zwei Drittel derer, die angeben, eine solche Absicht zu haben, dies auf einen unbestimmten Zeitpunkt in die Zukunft zu verlegen, während ein akuter subjektiver Bedarf nur von etwa 25% formuliert wird. Tatsächlich sind dies die Patienten, die auch die geringeren Verbesserungen in der funktionalen Ge-

sundheit angeben, also tendenziell weniger von der Rehabilitationsmaßnahme profitierten. Es sei angemerkt, dass keine MBO-bezogenen Effekte deutlich werden, in den beiden MBO⁺-Gruppen also jeweils dieselbe Anzahl einen subjektiven Bedarf an weiteren medizinischen Rehabilitationsleistungen formuliert.

Wohl aber wird signifikant ausgewiesen, dass Patienten der Gruppe U⁻, also Patienten ohne spezifische berufsbezogene Problematik, allerdings mit Teilnahme an der MBO-Rehabilitation, sehr viel konkretere Absichten hinsichtlich einer Antragstellung auf medizinische Rehabilitation und LTA besitzen. Mehr als die Hälfte hat vor, eine solche Leistung innerhalb des nächsten Jahres (erneut) zu beantragen. Dagegen wünschen sich nur ein Viertel der Kontrollgruppe K⁻ eine solche Leistung in der nächsten Zeit.

Dieser Befund muss problematisiert werden. Insbesondere in Zusammenhang mit den Ergebnissen der gesundheitlichen Parameter, die deutlich machten, dass gerade in der zweiten Jahreshälfte des Katamnesezeitraums die Gruppe U⁻ einen weitaus schlechteren gesundheitlichen Zustand angibt, schliesst sich die Frage an, ob die MBO-Rehabilitation hier zu kontraproduktiven Ergebnissen geführt hat. Man sollte vorsichtig sein mit der Einschätzung einer tatsächlichen schlechteren gesundheitlichen Konstitution dieser Gruppe, allerdings ist schon weiter oben ausgeführt worden, dass eine überzogene Erwartungshaltung durch die Teilnahme an der sehr intensiven MBO-Rehabilitation aufgebaut worden sein könnte. Die permanente Auseinandersetzung mit der beruflichen Problematik, die ja auch in dieser Gruppe messbar ist – allerdings nicht in der Spezifik der MBO⁺-Gruppen – könnte die Patienten dazu gebracht haben, die Effektivität dieser medizinischen Rehabilitation zu überschätzen. Jedoch kann eine solche Vermutung nicht überprüft werden.

Allerdings kristallisiert sich heraus, dass eine berufsbezogene Maßnahme in der medizinischen Rehabilitation nicht nur produktiv für Patienten mit besonders ausgeprägter beruflicher Problemlage sind, sondern – warum auch immer – keine adäquate Behandlung für Patienten ohne eine solche besondere Problemlage darstellen.

Insgesamt ist allerdings vorsichtig mit den dargestellten Daten umzugehen. Problematisch daran ist z.B., dass rechtliche Voraussetzungen existieren, die eine weitere medizinische Rehabilitationsleistung nicht vor Ablauf weiterer drei Jahre genehmigen. Sollte den Patienten dies bewusst sein, dann werden sie dies in ihre Beantwortung der zeitlichen Einordnung mit einfließen lassen. Ist es ihnen nicht bewusst, wird die Einschätzung Spiegel ihrer subjektiven Bedarfslage sein.

8.6 Ergebnisse einer Abschätzung der Kostenwirksamkeit der MBO-Rehabilitation der Klinik Niedersachsen

Nach der Feststellung der Überlegenheit der MBO-Rehabilitation in zentralen Parametern der Aktivitäten und der beruflichen Teilhabe erscheint eine monetäre Bewertung dieser Überlegenheit angebracht. Aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen ist es allerdings nicht möglich, eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen. Eine kosten-Nutzen-Analyse („cost-benefit-analysis“, vgl. VDR 1999) stellt üblicherweise den Kosten einer medizinischen Intervention den dadurch erreichten Nutzen gegenüber. Auf diese Weise lässt sich das Verhältnis aus Kosten und Nutzen bestimmen und mit dem Verhältnis konkurrierender Maßnahmen vergleichen. Jedoch kann aufgrund der institutionellen Bedingungen im Falle der MBO-Rehabilitation noch keine Angaben zur Höhe der Kosten getroffen werden. Es bestehen spe-

zifische Regelungen zwischen einzelnen Kliniken mit MBO-Rehabilitation und den jeweiligen Kostenträgern über eine Finanzierung der beruflich orientierten Maßnahmen, jedoch sind keine allgemein gültigen Zahlen verfügbar.

Aus diesem Grund wird im Folgenden eine monetäre Nutzenbewertung der MBO-Rehabilitation vorgenommen. Ziel dieser Nutzenanalyse ist primär aufzuzeigen, dass MBO-Rehabilitationsmaßnahmen durchaus auch ökonomisch einer herkömmlichen Behandlung überlegen sein können. Diese Annahme liegt aufgrund der bisher erhaltenen Erkenntnisse nahe. Die Ergebnisse sind allerdings an noch zu bestimmende Annahmen geknüpft, die sich aus der vorliegenden Datenqualität ergeben. Deshalb stellen die hier aufgeführten Werte in ihrer Höhe keine validen Schätzungen des Nutzens von Rehabilitationsmaßnahmen dar, sondern sollen einzig verdeutlichen, welchen Unterschied die Durchführung einer berufsbezogenen Maßnahme bei bestimmten Patienten ausmacht.

Die Nutzenbewertung einer medizinischen Intervention kann auf dem Prinzip der Zahlungs-/ Akzeptanzbereitschaft der Patienten oder auf den wohlfahrtsstiftenden Effekten der Intervention (Erhöhung des Humankapitals) basieren. An dieser Stelle soll die zweite Alternative gewählt werden. Es wird untersucht, inwiefern eine stärker berufsbezogene Rehabilitation wie die MBO-Behandlung der Klinik Niedersachsen in der Lage ist, die Kosten im Jahr nach der Maßnahme im Vergleich zu einer herkömmlichen orthopädischen Rehabilitation signifikant zu verringern. Aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Abschnitte ist v.a. deutlich geworden, dass diese Vermutung wohl nur für MBO⁺-Patienten gilt. Deshalb wird die Analyse beschränkt auf die beiden MBO⁺-Gruppen. Bei der Auswahl der verschiedenen Ressourcenverbräuche und Bewertungskriterien soll sich an den Empfehlungen der AG „Reha-Ökonomie“ im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (vgl. VDR 1999, insbes. 106ff.) orientiert werden.

Die Bewertung des Nutzens der Maßnahmen stützt sich an die gesellschaftliche Perspektive, d.h. es werden alle Kosten relevant, die im Zusammenhang mit der Erkrankung anfallen, unabhängig davon, wer sie zu tragen hat. Eine (nicht vollständig abgedeckte) Teilmenge davon stellt die Perspektive der Sozialversicherungsträger dar, die natürlich bei einer hier durchgeführten Nutzenbewertung primär von Interesse wäre. Schwerpunkt der Analyse wären dann die Kosten, die aufgrund der Erkrankung anfallen und von den Trägern der Sozialversicherung, hier der Rentenversicherung, getragen werden. Ein Vergleich mit der Kostendifferenz der Maßnahmen selbst (MBO-Rehabilitation gegenüber herkömmliche Behandlung) würde in der Argumentation münden, bei wem und mit welchem monetären Aufwand sich eine evtl. höhere Finanzierung der MBO-Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung lohnte. Jedoch liegt eine solche ökonomische Bewertung der MBO-Rehabilitation noch in der Zukunft. Es muss erstens auf Prozessdaten der RV-Träger zurückgegriffen werden und zweitens führt die Betrachtung längerer Zeiträume zu besseren Ergebnissen.

Tab. 8-21 listet alle für die gesellschaftliche Perspektive in Frage kommenden Leistungs- und Ressourcenarten auf. Allgemein wird unterschieden in direkte medizinische Kosten, direkte nicht-medizinische Kosten und indirekte Kosten. Während in der ersten Kategorie alle Kosten aufgeführt werden, die durch den Kontakt des Patienten mit dem Gesundheitssystem entstehen (z.B. eben die Rehabilitationsleistungen), werden direkte nicht-medizinische Kosten dadurch definiert, dass sie zwar aufgrund der Erkrankung oder einer damit zusammenhängenden Begleiterkrankung entstehen, jedoch außerhalb der Intervention anfallen.

Schließlich ist die dritte Kostenart, die indirekten Kosten, definiert durch den Produktivitätsausfall, der aufgrund von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Rente oder gar Tod auftreten könnte. Dieser dritte Faktor ist, das zeigten zahlreiche Studien, der größte und kostenintensivste Kostenfaktor bei orthopädischen Erkrankungen (z.B. Casser et al. 1999).

Tab. 8-21: Leistungen und Ressourcenkonsum (nach Krauth et al., Artikel eingereicht)

Kostenkategorie	Leistungen und Ressourcen
Direkte medizinische Kosten	Ambulant ärztliche Leistungen Medikamente Heilmittel Hilfsmittel Krankenhausleistungen Rehabilitationsleistungen
Direkte nicht-medizinische Kosten	Patientenzeit Angehörigenzeit Haushaltshilfen Fahrtkosten
Indirekte Kosten	Arbeitsunfähigkeit Erwerbsunfähigkeit Vorzeitiger Tod

Die Bewertung der Kosten und Ressourcenverbräuche orientiert sich größtenteils an den Empfehlungen der AG Reha-Ökonomie. Es wird insbesondere auf den Artikel dieser Arbeitsgruppe im Gesundheitswesen (Krauth et al. 2005) Bezug genommen. Danach können aufgrund der Datenlage folgende Kosten in die Berechnung einfließen:

- a. **Ambulant ärztliche Leistungen:** Es wird der so genannte „gesellschaftliche Kontaktwert“ (ebd.) als Berechnungsgrundlage genommen. Der gesellschaftliche Kontaktwert berechnet sich aus den statistisch ermittelten Kontaktwerten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung für das Jahr 1999. Um die Kosten an das Studienjahr 2003 anzupassen, wurde eine durchschnittliche Preissteigerungsquote von 0,2% angesetzt. Demnach kostete 2003 ein Besuch beim Allgemeinarzt 13,83 Euro, des Weiteren kann differenziert werden in Orthopäde (20,21 Euro) und Psychotherapie (36,80 Euro, gewichteter Mittelwert aus Psychotherapie und psychotherapeutischer Medizin). Alle weiteren differenzierten Facharztkontakte wurden nach der Menge der Kontakte gewichtet gemittelt und mit 25,50 Euro bewertet.
- b. **Indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit:** Nach der Arbeitsgruppe um Krauth sollten die Ausfallzeiten nach dem Humankapitalansatz berechnet werden. Dieser stellt auf den Ausfall an Produktionspotential ab, d.h. für die Berechnung werden die gesamten Lohnkosten angesetzt. Der dem gegenüberstehende Friktionskostenansatz basiert auf dem tatsächlichen Produktionsausfall, wobei die Annahme besteht, dass ausgefallene Arbeitskräfte nach einer gewissen Zeit quasi „ersetzt“ werden (in der

Regel nach 72 Tagen). In einer Basisuntersuchung wird jedoch dem Humankapitalansatz der Vorzug gegeben. Die ausgefallene Arbeitszeit aufgrund Erkrankung wird laut Krauth et al. mit durchschnittlich 89 Euro je Kalendertag bewertet (basierend auf Daten von 2002).

- c. **Indirekte Kosten aufgrund von Frührente:** Der Arbeitsausfall durch Frührente wird aus gesellschaftlicher Perspektive genauso bewertet wie die Ausfallzeiten durch Krankschreibung. Damit ergibt sich ein Bewertungssatz von 89 Euro pro Kalendertag.

Die gegebene Datenlage erlaubt es, sowohl die Arztkontakte als auch die nach Kalendertagen ausgewiesenen Arbeitsausfallzeiten monetär zu bewerten. Allerdings gestaltet sich die monetäre Bewertung der Frührenten schwierig. In den Daten ist zu t_4 ablesbar, wem eine Frührente bewilligt wurde, nicht jedoch, seit wann dies der Fall ist. Eine solche Zeitpunktbeurteilung erlaubt keine monetäre Bewertung des Zeitraums vom Ende der Maßnahme bis ein Jahr danach.

Deshalb ist die folgende Analyse auf die Annahme gestützt, dass der Monat nach dem Erhebungszeitpunkt t_4 , also der 13. Monat nach Ende der Maßnahme, durch die mittleren Werte des Zeitraums 12 Monate vorher prognostizierbar ist. Das bedeutet, die Arztkontakte und die AU-Zeiten des 13. Monats nach Ende der Maßnahme ergeben sich aus den gruppenbezogenen Durchschnittswerten des Jahres davor. Diese Betrachtung hat den Vorteil, dass auch die Ausfallzeiten durch Abgänge in die Frührente mit berücksichtigt werden können. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind also immer als monatliche Durchschnittskosten im 13. Monat nach Ende der Maßnahme zu verstehen und beruhen auf Schätzungen zu t_4 .

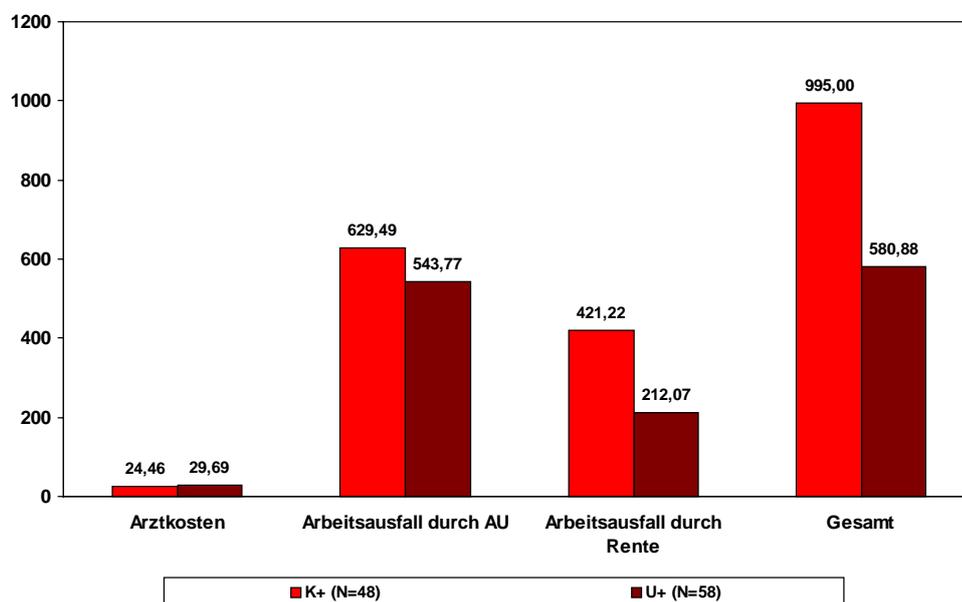


Abb. 8-23: Voraussichtliche monatliche Kosten der MBO⁺-Gruppen im Monat nach dem Erhebungszeitpunkt t_4

In Abb. 8-23 sind die einzelnen Kosten detailliert für die Gruppen U⁺ und K⁺ dargestellt. Man sieht, dass der größte Teil der Kosten von den Arbeitsausfallkosten durch Krankschreibung bestimmt wird. Durchschnittlich fallen für die Untersuchungsgruppe gesellschaftliche Kosten durch Krankschreibung von etwa 543 Euro an. Dem stehen leicht höhere Kosten in der Kon-

trollgruppe von 630 Euro gegenüber. Ebenfalls unterschiedlich hoch sind die Kosten durch Abgänge in die Frührente. Dieser Unterschied ist zwischen den beiden Gruppen sehr viel größer: Während in der Gruppe U⁺ ab dem Zeitpunkt t₄ monatlich 212 Euro Kosten aufgrund von Abgängen in die Frührente anfallen, ist es in der Kontrollgruppe ein doppelt so hoher Betrag. Die Arztkontakte fallen dagegen mit durchschnittlich 25 Euro pro Monat in beiden Gruppen kaum ins Gewicht.

Das ergibt voraussichtliche Durchschnittskosten von 580 Euro in der Gruppe mit MBO-Behandlung, und knapp 1000 Euro in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung. Eine Regressionsanalyse unter Kontrolle der schon bekannten Confounder zeigt denn auch einen signifikanten Einfluss der MBO-Teilnahme auf die durchschnittlichen Kosten nach einem Jahr. In Abb. 8-24 sind die aus dem Modell geschätzten durchschnittlichen Kosten angegeben, die im Monat nach der t₄-Befragung (also im 13. Monat) anfallen würden. Danach werden – unter der Annahme, dass kurzfristig keine Änderungen eintreten – im 13. Monat nach der Maßnahme etwa 500 Euro aus gesellschaftlicher Perspektive eingespart, wenn MBO⁺-Patienten ein Jahr vorher eine MBO-Rehabilitation absolvieren.

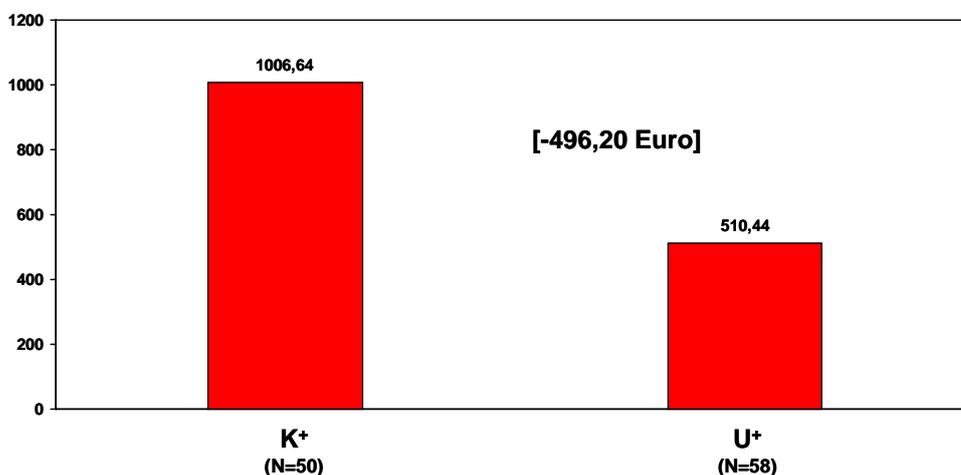


Abb. 8-24: Geschätzte monatliche Kosten der MBO⁺-Gruppen im 13. Monat nach der Maßnahme

Diese Ergebnisse stellen einen ersten Versuch einer ökonomischen Bewertung der MBO-Rehabilitation der Klinik Niedersachsen dar. Die Ergebnisse beruhen auf bestimmten Annahmen, die unterstellt werden mussten, um eine monetäre Bewertung möglich zu machen.

Es sollten noch keine weiterführenden Schlüsse daraus gezogen werden. Erstens beruht die monetäre Bewertung auf nur drei Kostenarten (auch wenn es sich um relevante Kostenarten handelt). Zweitens wird die gesellschaftliche Perspektive zugrunde gelegt, die insbesondere für die Kostenträger nur unzureichende Schlüsse erlaubt. Und drittens bräuchte eine tatsächliche Zeiträumbetrachtung (z.B. von Ende der Maßnahme bis 12 Monate danach) validere Ergebnisse hervor, weil auch der Zeitraum, seit wann die Patienten in Frührente abwandern, mit berücksichtigt werden kann.

Doch trotz dieser Einschränkungen wird klar, welches Potenzial die MBO-Rehabilitation bei entsprechenden Bedarfslagen entfalten kann. Die erkannten signifikanten Unterschiede in der ökonomischen Bewertung sind v.a. darauf zurück zu führen – und das zeigten auch

schon die vorherigen Effektivitätsanalysen –, dass die MBO-Rehabilitation die Abgänge in die Frührente verhindert bzw. verzögert.

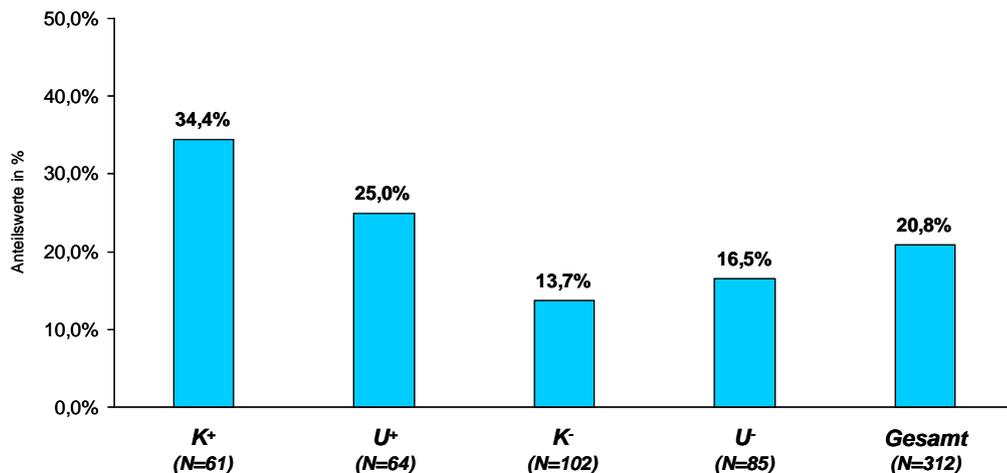


Abb. 8-25: Erwerbsfähigkeits-Gefährdungs-Index zwölf Monate nach der Maßnahme (EM-Rente, EM-Rentenanspruch, EM-Rentenanspruchsbegehren)

Die abschließende Abb. 8-25 zeigt die Anteile der Patienten, die nach zwölf Monaten eine Frührente bewilligt bekamen, einen Antrag auf Frührente gestellt haben oder dies – nach Selbsteinschätzung zu t_4 – innerhalb der nächsten drei Monaten realisieren wollen. Dieser hier als „Erwerbsfähigkeits-Gefährdungs-Index“ definierte Index zeigt die Überlegenheit der MBO-Rehabilitation eindrucksvoll. Zum Einen wird natürlich sichtbar, welches Gefährdungspotenzial in den Gruppen mit diagnostiziertem MBO-Bedarf vorhanden ist. Während in den MBO⁻-Gruppen ein Anteil von 13% bzw. 16% gefährdeter Patienten angegeben wird, steigt das Gefährdungspotenzial bei MBO⁺-Patienten mit herkömmlicher Behandlung – wie in vielen Kliniken praktiziert – auf knapp 35% an. Dem gegenüber stehen etwa 10%-Punkte weniger bei den Patienten, die der besonderen MBO-Behandlung zugeführt wurden. Das bedeutet, dass bei bedarfsgerechter rehabilitativer Versorgung der Patienten – MBO⁺-Patienten mit MBO-Behandlung und MBO⁻-Patienten mit herkömmlicher Behandlung (U⁺ und K⁻) – das Erwerbsfähigkeits-Gefährdungspotenzial etwa 18% beträgt, während bei Durchführung der herkömmlichen Behandlung in der Klinik Niedersachsen für alle Patienten (K⁺ und K⁻) ein mehr als 4%-Punkte höherer Gefährdungsindex ausgewiesen wird.

9 Zusammenfassung und Diskussion

MSK-Patienten (Patienten mit muskulo-skeletalen Krankheiten) erhalten in der Klinik Niedersachsen über die herkömmliche Rehabilitation hinaus spezielle medizinisch beruflich orientierte Maßnahmen. Diese werden durchgeführt, wenn Patienten ein erhöhtes Risiko für eine Frühberentung bzw. eine geringere Chance einer beruflichen Weiterbeschäftigung oder Reintegration haben. Identifiziert werden diese Patienten über einen definierten Kriterienkatalog und einen psycho-sozialen Bewertungsprozess im Reha-Team.

Ziel der Studie war die empirische Evaluation dieses Verfahrens der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation innerhalb des klinikinternen Kontextes. Es wurde ein randomisiertes Studiendesign gewählt, um die Stärken des berufliche orientierten Modells gegenüber der herkömmlichen Behandlung prioritär untersuchen und auftretende Effekte auf dieses MBO-Modell zurückführen zu können.

Die zentralen Untersuchungsthemen waren:

- *Deskription und Analyse der Zugangsregulationen und Prozessbedingungen*
- *Prozess- und Outcome-Evaluation der MBO-Rehabilitation*

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Kapiteln 6 bis 8 zusammengetragen und unter den aufgezeigten Aspekten bewertet und diskutiert. Ein Bestandteil der Bewertung dieser Untersuchungsthemen bildet die ausführliche Würdigung der Ergebnisse im Sinne einer Optimierung der Prozesse für die Angebots- (Rehabilitationsmodule) und Nachfragesteuerung (Patienten-Kategorien mit empirisch reproduzierbaren Problemlagen), da die Deskription und Analyse sowie die Prozess- und Ergebnisevaluation in den vorangegangenen Kapiteln schon umfassend dargestellt wurde. Doch zur Formulierung von weiterführenden Empfehlungen bezüglich der Optimierung von Angebots- und Nachfragesteuerung der Klinik ist es unerlässlich, die zentralen Ergebnisse synoptisch erneut zusammenzutragen. Konzeptionell sind die folgenden Ausführungen getrennt in die Diskussion der Zugangsregulation und die Darstellung und Bewertung der kurz- und mittel- bis langfristigen Ergebnisse der Evaluation des MBO-Modells.

9.1 Zugangsregulation und Prozessbedingungen

Die erste Fragestellung erfordert eine umfassende Analyse der Gruppen-Charakteristika. Wenn es möglich ist, die klinisch definierten Gruppen anhand alternativer empirischer Daten, die eindeutig auf einen beruflich induzierten Problembereich verweisen, nachzeichnen zu können, so kann von einer hohen Validität der klinisch-diagnostischen Aussage gesprochen werden. Dies würde die Zielgenauigkeit der klinikinternen Zugangsregulation zum MBO-Modell belegen. Darüber hinaus werden Erkenntnisse berichtet, die einen substantziellen Beitrag zur weiteren Aufklärung der MBO-Gruppendefinition liefern.

Es wird deutlich, dass die MBO-Patienten v.a. im physischen Bereich starke Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipationschancen besitzen. Es sind größtenteils somatisch orientierte Instrumente und Skalen, die die größte Erklärungskraft für die Gruppenbildung besitzen. Vor allem die teilhabeorientierten Skalen des SF-36 und des PDI können hier Differenzen erklären. MBO-Patienten weisen zwar auch ein höheres aktivitätsorientiertes Beein-

trächtigkeitsniveau auf, jedoch ist das Charakteristikum dieser Gruppe, dass sie den gestellten Anforderungen in der sozialen Umgebung nicht mehr adäquat begegnen können.

Schmerzbezogene Beeinträchtigungen bringen negative Konsequenzen für den beruflichen Bereich mit sich. Dies wird vor allem bei der Bewertung der Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die berufliche Teilhabe deutlich: 50% der MBO-Patienten haben die Einschätzung aufgrund ihrer eingeschränkten Gesundheit nicht mehr im Beruf arbeiten zu können, weitere 40% berichten mittlere bis starke Beeinträchtigungen. Das heißt jedoch nicht, dass der Beruf die Ursache für die MBO-spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen darstellt: MBO-Patienten weisen keine höheren berufsbezogenen Belastungen auf als nicht MBO-Patienten. Es kann also von einem Einfluss der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, die u.U. durch die Nichterfüllung der gestellten Anforderungen zu weiteren Problemen führen kann. Die alternative Hypothese, dass der Beruf die zentrale Ursache für eine eingeschränkte Gesundheit ist, kann nicht bestätigt werden. Allerdings sind die beruflichen Bedingungen eine Barriere für die Verbesserung der funktionalen Beeinträchtigungen.

Dieser Befund korrespondiert mit der vorgefundenen geringeren beruflichen Teilhabe: MBO-Patienten weisen einen sehr hohen Anteil an Arbeitslosen auf und berichten im Jahr vor der Rehabilitation längere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Interessant ist an dieser Stelle, dass die Länge der Krankschreibung eine hohe Erklärungskraft für die Gruppenbildung besitzt. Auch aus anderen Studien geht hervor, dass an diesem Parameter eine erhöhte Rehabilitationsbedürftigkeit ablesbar ist (Stallmann 1994).

Bei der Analyse der beruflichen Prognose wird Folgendes deutlich: MBO-Patienten beurteilen ihre Zukunft negativ; sie sehen sich vermehrt in Arbeitslosigkeit, Krankschreibung oder gar Rente. Auffällig ist die große berufliche Unsicherheit. Etwa ein Drittel der MBO-Patienten weiß noch nicht, wie sich die weitere berufliche Zukunft gestaltet. Die Begründungen hierfür könnten in dem angespannten Arbeitsmarkt und nicht zuletzt auch in der Unsicherheit der gesundheitlichen Prognose gesucht werden.

Der berufliche Kontext der Rehabilitanden ist durch ein hohes Belastungs- und Beanspruchungsniveau gekennzeichnet. Insbesondere physische Belastung und Belastungen aus der Arbeitsumgebung führen sehr häufig zu Beanspruchungen bei den Patienten. Dies ist zum Teil ein erwartbares Ergebnis bei LVA-Patienten, jedoch steigt der Zusammenhang zwischen Belastungen und Beanspruchungen bei einer identifizierten berufsbezogenen Problematik an. MBO-Patienten sind demnach weniger gut in der Lage, auf die einwirkenden Belastungen zu reagieren und sie zu verarbeiten, so dass sie durch diese eher beansprucht werden. Doch wie schon angemerkt muss dies als primäre Wirkung der gesundheitlichen Einschränkungen interpretiert werden.

Es wird eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit berichtet. Insbesondere mit den Kollegen und der Ausübung der Tätigkeit sind die Patienten sehr zufrieden. Bereiche, die eher Unzufriedenheit verursachen, sind die vorgefundenen Arbeitsbedingungen, die organisatorischen Rahmenbedingungen und die Bezahlung, also die Umfeldbedingungen der beruflichen Tätigkeit. Hier sind insbesondere Differenzen zwischen der MBO- und Regelbehandlungsgruppe nachweisbar: MBO-Patienten sind unzufriedener mit den Rahmenbedingungen. Dies lässt den Schluss zu, dass die berufliche Problematik vorhandene Konfliktfelder verstärkt und so den kontextuellen Rahmen weiter verschlechtert.

Die strukturellen berufsbezogenen Parameter sind keine wesentlichen Erklärungsfaktoren für den MBO-Bedarf. Der einzige auffällige Befund bezieht sich darauf, dass MBO-Patienten häufiger aus kleinen Handwerksbetrieben kommen. Kleinere Betriebe sind möglicherweise weniger in der Lage, flexibel auf gesundheitliche Beeinträchtigung ihrer Mitarbeiter zu reagieren. Während in großen Unternehmen in einem solchen Fall betriebsinterne Maßnahmen wirksam werden – etwa eine interne Umsetzung in andere Arbeitsbereiche oder zusätzliche Hilfen im Arbeitsprozess – besitzen kleinere Handwerksbetriebe vermutlich einen geringeren Handlungsspielraum. Auftretende gesundheitliche Beschwerden können so weniger von den Betroffenen kompensiert werden. Dies führt z.B. bei längeren schmerzbezogenen Beeinträchtigungen dazu, dass weitere Beanspruchungen auftreten. Eine rechtzeitigere Reaktion in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge könnte u.U. einer Verschlimmerung oder Chronifizierung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorbeugen.

Abgesehen von den beruflichen Anforderungen ist das individuelle Gefährdungspotenzial in der beruflichen Teilhabe bei MBO-Patienten stark ausgeprägt. Die Hälfte dieser Patienten ist akut oder perspektivisch von Kündigung bedroht, nahm in der Vergangenheit schon an einer (meist erfolglosen) stufenweisen Wiedereingliederung teil bzw. hat einen Rentenantrag gestellt oder möchte es tun. Inwiefern hier eine solitäre beruflich orientierte Problemlage ablesbar ist kann nicht beantwortet werden, denn es ist nicht geklärt, ob hier direkte Beziehungen zur gesundheitlichen Beeinträchtigung vorfindbar sind. Trotzdem kann dieser „Gefährdungsindex“ einen großen Teil der MBO-Gruppenverteilung erklären und Hinweise für die weitere berufliche Prognose geben.

Der personale Kontext deckt geringe Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen auf. Bezüglich des Gesundheitsverhaltens unterscheiden sich MBO-behandelte Patienten nicht von MSK-Patienten mit regulären Maßnahmen. Allerdings zeigen sie Tendenzen zur Ausbildung riskanter arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensweisen. Ein überhöhtes berufliches Engagement, einhergehend mit negativen Emotionen verweist darauf, dass ein Großteil der MBO-Patienten „auf der Schwelle“ zum Risikotyp A steht, der dadurch charakterisiert ist, trotz überhöhtem Engagement im Beruf keine Erfolge zu erleben (Schaarschmidt 1997). Auf diese Tendenz muss in der Rehabilitation stärker reagiert werden.

Jedoch zeigt die Analyse auch, wie hoch die Schwelle für eine erfolgreiche Rehabilitation von stark beeinträchtigten Patienten ist: Diese sind weniger davon überzeugt, dass externe professionelle Hilfe ihnen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Probleme behilflich sein kann. Dementsprechend besitzen MBO-Patienten auch ein geringeres Vertrauen in die Beziehung zu Ärzten und Therapeuten sowie eine allgemein kritischere Haltung zur Rehabilitation insgesamt. Das bedeutet konkret, dass der Weg zu einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme auch von einer Erhöhung des patientenseitigen Vertrauens in das Klinikteam und deren Behandlungsmethoden begleitet sein sollte.

Ein weiterer wichtiger Befund bezieht sich auf die Patientenangaben zum Anlass der Rehabilitation. Patienten mit MBO-Bedarf wurden überdurchschnittlich häufig institutionell, d.h. vom sozialen Dienst der Krankenkassen oder dem RV-Träger direkt zugewiesen, was auf einen erhöhten Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen hindeutet. Auch hier muss in Erwägung gezogen werden, dass ein großer Teil dieser besonders beeinträchtigten Patienten zu spät eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführten. Unter Umständen

würde eine frühzeitigere Reaktion auf die Beschwerden die berufliche Problematik verringern.

MBO-Patienten sind überdurchschnittlich häufig in der Gruppe mit niedrigem Einkommen zu finden. Dies hat seine Ursache jedoch nicht in schlechteren Ausgangsbedingungen in Bildung, Ausbildung oder dem aktuellen Berufsstatus, denn in diesen Merkmalen unterscheiden sich die beiden Patientengruppen mit und ohne MBO-Behandlungsbedarf nicht. Trotzdem verfügen sie häufig über eine schlechter bezahlte Tätigkeit. Dabei kann auch die höhere Arbeitslosigkeit diesen finanziellen Unterschied nicht erklären. Man muss also davon ausgehen, dass andere Faktoren für dieses Ungleichgewicht verantwortlich sind. Möglicherweise ist dies in dem eingeschränkten Gesundheitszustand begründet. Unter Umständen ist die Verschlechterung der Einkommenssituation nur die Zwischenstation zur Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit für die MBO-Patienten, die schon eine weit zurückreichende gesundheitliche Problematik aufweisen.

Im Bereich des personalen Kontextes ist weitere Forschungsarbeit zu leisten. Insbesondere das Verhältnis von Erkrankung und individuellen Lebensumständen ist weiter zu untersuchen. Doch auch im diagnostischen Bereich ist eine Weiterentwicklung zielführend, um die Bedeutung der personalen Ressourcen, insbesondere der Barrieren zu einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes verstärkt für die Identifikation problematischer Patientengruppen nutzbar machen zu können.

Überraschenderweise können die Parameter der Körperstrukturen und -funktionen die Unterschiede zwischen den Bedarfsgruppen nur zum Teil aufklären. Bei den bedeutsamen Parametern handelt es sich um die Selbsteinschätzungen des Patienten (Schmerzen, VAS). Klinische Parameter bzw. institutionell erhobene Daten zeigen dahingehend keine Erklärungskraft. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass sich die institutionellen Daten einzig auf die gruppierten Diagnosen nach ICD10 zur Hilfskonstruktion eines Index zur Multimorbidität und den Grad der Behinderung beziehen. In den patientenseitigen Angaben spiegeln sich die bekannten Informationen wider: MBO-Patienten klagten über größere Schmerzen und besitzen eine schlechtere psychische Konstitution.

In Kapitel 2 wurde beschrieben, dass eine gesundheitsbedingte berufliche Problematik insbesondere an Einschränkungen in den Teilhabechancen erkannt werden kann, also in den Chancen der Patienten, in gesellschaftliche Teilbereiche einbezogen zu sein. MBO-behandelte Patienten sollten demzufolge in dieser Kategorie am besten zu identifizieren und von den nicht MBO-Patienten zu trennen sein. Die Klinik erreicht dies mit der bisher praktizierten Zugangsregulation sehr gut. Die beiden unterschiedlichen Bedarfsgruppen sind in sich homogen und unterscheiden sich in den theoretisch erwarteten Parametern. Jedoch gelingt die Reklassifikation der MBO-behandelten Patienten mit den definierten Einschlusskriterien der Klinik weniger gut. Dafür kann einerseits eine unzureichende empirische Operationalisierung der Kriterien in der Studie, andererseits jedoch auch die nicht konsequente Einhaltung der Einschlusskriterien bei der Auswahl der Patienten verantwortlich sein.

Abschließend lässt sich sagen: Die Problemkonstellation von MBO-Patienten geht über eine singuläre Betrachtung der aktivitäts- und teilhabeorientierten Beeinträchtigungen hinaus. MBO-Patienten kommen oft zu spät in die Rehabilitationsmaßnahme. Dadurch haben sie schon Bewertungsmuster und Verhaltensweisen entwickelt, die eine hohe Herausforderung

für die medizinische Rehabilitation darstellen. Darüber hinaus liegen in ihrer direkten Umwelt sehr hohe Barrieren zur Verbesserung des individuellen Zustandes.

Eine dezidierte diagnostische Beachtung einiger entscheidender Faktoren wie z.B. der arbeitsbezogenen Verhaltensweisen oder der direkten privaten und beruflichen Umwelt sowie die stärkere Beachtung der patientenseitigen Bewertungen könnte hier zu einer Optimierung in der berufsbezogenen Diagnostik führen. So kann der Einsatz von strukturierten Fragebögen bei der Identifizierung des MBO-Bedarfs helfen. Wie in Kapitel 5.4 beispielhaft nachgewiesen, würde dieser eine Länge von ein bis zwei Seiten nicht übersteigen.

Denkbar wäre ebenfalls eine stärkere strukturelle Differenzierung der MBO-Behandlung in eine Gruppe funktionell stark eingeschränkter Patienten ohne direkte Probleme im Kontextbereich und eine Risikogruppe, die zu der funktionell erkannten Problematik noch eine risikante personale und Umweltkonstellation aufweisen. Aufgabe wäre es hier zu klären, mit welchen Parametern eine solche problematische Kontextkonstellation identifizierbar ist.

9.2 Prozess- und Ergebnisevaluation

Die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse muss zwei Teilaspekte unterscheiden. Wie schon in der ausführlichen Wiedergabe der Einzelergebnisse deutlich wurde, wird jeder Ergebnisparameter einer qualitativen Bewertung hinsichtlich der Relevanz für allgemeine und MBO-spezifische Aussagen unterzogen. Das randomisierte Studiendesign führt dazu, dass MBO-spezifische Aussagen einzig auf die MBO-Behandlung zurückgeführt werden können, da die Gruppen laut Annahme strukturgleich sind. Allgemeine Aussagen dagegen besitzen keine solch hohe interne Validität aufgrund der fehlenden Vergleichsgruppe.

Für die kurzfristigen Ergebnisse können nicht in jedem Bereich MBO-bezogene Effekte ermittelt werden. Dies findet im Wesentlichen seine Begründung darin, dass die berufliche Orientierung der Klinik ein spezifisches Ziel verfolgt. Dieses lässt sich so charakterisieren: Die intensive Beschäftigung des Patienten mit seinen beruflichen Problemen innerhalb des medizinischen Maßnahmenkanons zielt auf eine stärkere Sensibilisierung oder veränderte Ausrichtung dieses Patienten in Richtung seiner beruflichen Teilhabechancen für die Zeit nach der Maßnahme.

Wie aus der Zusammenfassung der MBO-spezifischen Ergebnisse direkt nach der Maßnahme hervorgeht (vgl. Tab. 9-1), kann die diesbezügliche Hypothese bestätigt werden. In den drei Bereichen, in denen Hinweise für die Überprüfung dieser Zielsetzung vorliegen, sind jeweils Auswirkungen erkennbar. Die MBO-Patienten mit Teilnahme an den MBO-Maßnahmen der Klinik sind signifikant zufriedener mit dem beruflichen Partizipationsmanagement und der psycho-sozialen Betreuung innerhalb der Maßnahme. Dies lässt auf eine erwartungsgerechte Behandlung schließen. Für eine solch positive Bewertung ist ein effektives Kommunikationskonzept eine wichtige Ausgangsbedingung für die MBO-Wirkung. Dies wird in der Klinik umfassend und berufsgruppenübergreifend hergestellt. Schließlich kann eine positive Tendenz auch darin gesehen werden, dass die Patienten zum Einen optimistischer aus der Maßnahme entlassen werden und nicht zuletzt eine weitere Frustration im beruflichen Bereich verhindert wird. Damit – so die allgemeine Bewertung – erfüllt die Klinik die grundlegenden Voraussetzungen, um die Chancen des Patienten auf seine (Wieder-)Eingliederung in das Berufsleben zu wahren.

Doch abgesehen von diesen hier zentralen Effekten einer MBO-Behandlung können auch zum Ende der medizinischen Rehabilitation Verbesserungen gemessen werden, die sich auf die regulären Aspekte der Behandlung beziehen. Dies betrifft v.a. mittlere bis hohe berichtete Verbesserungen in den Parametern der funktionalen Gesundheit. So können für die Schmerzentwicklung und die subjektive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes hohe Effektstärken von 0.6 bis 1.1 nachgewiesen werden. Weiterhin erreicht es die Klinik offenbar, die Patienten in Bezug auf ihr gesundheitliches Risikoverhalten dahingehend zu sensibilisieren, dass diese eine realistischere Vorstellung darüber entwickeln, mit welchen (positiven und negativen) Konsequenzen eine Veränderung dieses Risikoverhaltens verbunden ist und führt sie zu der Aussage, sich auch gegen Widerstände diese Verhaltensänderung zuzutrauen. Mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung ist zumindest der Grundstein für die später wirksam werdende Absichtsbildung („Ich muss mein Gesundheitsverhalten verändern“) gelegt.

Tab. 9-1: Wesentliche Ergebnisse und Entwicklungspotenziale zum Abschluss der Rehabilitation

Generelle Effekte	MBO-spezifische Effekte
<i>Allgemeine und spezifische Patientenzufriedenheit</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Zufriedenheit mit dem gesamten Klinikprozess 	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungsgerechte Behandlung - Hohe behandlungsbezogene Zufriedenheit - Problem: geringe Verknüpfung von beruflichen Elementen und der psycho-sozialen Exploration
<i>Komponenten der Prozessqualität</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Positiv bewertetes Kommunikationsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Ganzheitliche Vermittlung des MBO-Konzepts - Problem: Kommunikation der berufsbezogenen weiterführenden Empfehlungen
<i>Intentionen von Verhaltensänderungen bzgl. gesundheitlichen Risikoverhaltens</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung hoher Konsequenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen - Problem: (noch) gering ausgeprägte Absichtsbildung 	---
<i>Einschätzung der beruflichen Partizipationsmöglichkeiten</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Arbeitsfähigkeitsquote - Allgemein verbesserte Prognose nach der Maßnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - Verhinderung negativer Prognosebildung

Anmerkungen:

grün → positive Wirkungen im Bereich der allgemeinen Behandlung bzw. des MBO-Modells

rot → identifizierte Entwicklungspotenziale

Natürlich unterliegt die Interpretation der Ergebnisse dem methodischen Vorbehalt, dass zumindest auch säkulare Ursachen für die Rehabilitationsergebnisse unterstellt werden müssen bzw. nicht ausgeschlossen werden können. Dazu fehlt die externe Vergleichsgruppe. Allerdings lassen Ergebnisse aus anderen Studien vermuten, dass in den gemessenen

Effektstärken überdurchschnittliche Verbesserungen auch im Vergleich zu anderen Rehabilitationskliniken zum Ausdruck kommen (Hüppe, Raspe 2003, 2005).

In der Tab. 9-2 sind die Erfolgsaussagen allgemeiner Art und MBO-bezogene Effekte für die katamnestischen Befragungen aufgeführt. Eine zentrale Hypothese der mittel- bis langfristigen Betrachtung ist, dass MBO-Patienten mit entsprechender Behandlung Effekte in ihrer aktivitätsorientierten funktionalen Gesundheit und insbesondere bei ihrem Einbezogensein in gesellschaftliche Bereiche des Lebens an den Tag legen. Nach dem ICF-Modell liegt eine solche „rollenbezogene Aktivität“ dann vor, wenn die Aktivität gesellschaftlich interpretierbar ist, also in Relation zum jeweiligen Kontext betrachtet wird. Dadurch bewertet der Patient seine Leistung in bestimmten Bereichen des Lebens, insbesondere im Beruf.

Tab. 9-2: Wesentliche Ergebnisse und Entwicklungspotenziale sechs Monate nach der Rehabilitation

Generelle Effekte	MBO-spezifische Effekte
<i>Veränderung des Gesundheitsverhaltens</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung der Sportler- und Nichttrinkerquote - Problem: z.T. noch Verbesserungsbedarf bei bedarfgerechter Sensibilisierung für Risikoverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkt: u.U. Mitnahmeeffekte für die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Rauchen)
<i>Veränderungen der funktionellen Gesundheit (KSF)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Starke Verbesserung v.a. der wahrgenommenen Schmerzen 	---
<i>Aktivität und berufsbezogene Teilhabechancen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der aktivitätsorientierten, insbesondere der physischen Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Effekte in den schmerzbezogenen Beeinträchtigungen - Vermutung: enttäuschte Erwartungshaltung bei MBO-Patienten durch die MBO-Behandlung
<i>Berufliche Teilhabe</i>	
---	<ul style="list-style-type: none"> - Tendenz zu einer Verringerung der AU-Fälle - Verhinderung von Wanderungen in die Frührente und Effekt auf die Arbeitslosigkeit
<i>Inanspruchnahme und Prozessmanagement</i>	
---	<ul style="list-style-type: none"> - Abbau von im Schnittstellenmanagement zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
<i>Erste Ergebnisse einer ökonomischen Bewertung der MBO-Maßnahme</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikante Verringerung der geschätzten monatlichen Kosten ein Jahr nach Ende der Maßnahme

Anmerkungen:

grün → positive Wirkungen im Bereich der allgemeinen Behandlung bzw. des MBO-Modells

rot → Entwicklungspotenziale

Wie die Tabelle zeigt, kann die Hypothese bestätigt werden. Die entsprechenden MBO-Effekte sind auf der Ebene der Aktivität und besonders den berufsbezogenen Teilhabechancen abzulesen. MBO-Patienten, so sie das MBO-Modell der Klinik Niedersachsen durchlaufen, zeigen größere Effekte als ihre Kontrollgruppe. Das bedeutet, dass sie in der Ausfüllung von gesellschaftlichen Rollen und Anforderungen mit ihren immer noch vorhandenen Problemen in der funktionalen Gesundheit besser zurecht kommen. Die größten Wirkungen werden im Bereich der Ausübung des Berufs gemessen. Problematisch erscheint die gemessene Verschlechterung der Einschätzungen der MBO-Patienten, die an der MBO-Rehabilitation teilnahmen, im zweiten Halbjahr der katamnestischen Erhebungsphase. Wie schon ausgeführt, könnten enttäuschte Erwartungen dafür verantwortlich sein. Jedoch kann dies nur spekuliert werden.

Weiterhin besitzt die MBO-Rehabilitation einen positiven Effekt auf den Erwerbsstatus insbesondere bei Patienten mit einem diagnostizierten MBO-Bedarf. Das Risiko, ein Jahr später in Arbeitslosigkeit bzw. Frührente zu sein, sinkt durch die Durchführung der MBO-Rehabilitation je nach Modell um 60-80% gegenüber der Durchführung herkömmlicher Rehabilitationsleistungen bei diesen Patienten. Insbesondere zwei Aspekte werden deutlich: Bei der Gruppe der chronischen Rückenschmerzpatienten (M40-M54) führt dies zu einer signifikanten Verbesserung der Erwerbsquote sechs Monate nach der Maßnahme, während Patienten mit Arthrose oder Weichteilrheumatismus nicht von der MBO-Rehabilitation profitieren können. Zweitens deuten die Ergebnisse an, dass nicht die Verhinderung von Arbeitslosigkeit der entscheidende Erfolgsfaktor ist, sondern die Verhinderung oder zumindest die bis ein Jahr nach der Maßnahme verzögerte Wanderung in die Frührente.

Zusätzlich deutet sich an, dass die erreichten Verbesserungen in der allgemeinen funktionalen Gesundheit (Schmerzentwicklung) durch das MBO-Modell stabilisiert werden. Die Erklärung hierfür liegt unter Anderem in dem besseren Umgang mit den vorhandenen Schmerzen im Alltag begründet, der dazu führt, dass die Teilhabechancen der Patienten weiter gesteigert werden. Eine noch stärker schmerzorientierte Behandlung während des medizinischen Rehabilitationsprozesses könnte hier zu weiteren Qualitätssteigerungen führen. Eine Überlegung wäre sogar eine stärkere Differenzierung der MBO-Behandlung in Richtung einer Schmerzgruppe, die aufgrund besonders starker schmerzbezogener Beeinträchtigungen einer speziellen berufsbezogenen Schmerztherapie bedarf.

Der dritte große Bereich, in dem MBO-Maßnahmen eine Wirkung attestiert werden kann, ist die Inanspruchnahme und das Prozessmanagement. Durch die MBO-Maßnahme ist es der Klinik möglich (dies zeigten schon die Analysen nach Ende der Rehabilitation), schneller und effektiver berufliche Problematiken, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfordern, zu erkennen, dadurch die Kommunikation zum Rentenversicherungsträger zu verbessern und beim Patienten frühzeitig eine Sensibilisierung auf seine berufliche Problematik zu initiieren. Erkennbar wird dies durch das schnellere bedarfsorientierte Antragsverhalten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei den Patienten, die einen MBO-Bedarf besitzen und am MBO-Modell der Klinik teilnahmen.

Allerdings müssen hier wie auch in anderen Bereichen (z.B. Rollenerwartungen, AU-Zeiten) weitere Erfolgsstudien EFL-basierter MBO-Rehabilitation abgewartet werden, die u.U. mit größeren Stichproben bisher nur vermutete Effekte nachweisen können.

Abschließend lässt sich sagen:

Eine Verbesserung der Prozess- und Outcome-Qualität könnte über die schon angesprochene stärkere Differenzierung der MBO-Gruppe erfolgen. Die vorliegenden Analysen legen eine Trennung von drei Gruppen nahe: eine funktionell eingeschränkte Gruppe, eine Gruppe mit spezifisch problematischem personalen und Umweltkontext und eine schmerzbezogen besonders beeinträchtigte Gruppe. Diesen Patientengruppen sollten dann spezifische Behandlungspfade zugeordnet werden.

Aus den hier vorgestellten Ergebnissen zur Wirkung der MBO-Maßnahmen lässt sich das Fazit ziehen, dass die Ziele der MBO-Rehabilitation in der Klinik Niedersachsen hinsichtlich Verlauf und Outcome erreicht wurden. Somit kann die spezifische Behandlung mit MBO-Maßnahmen von Patienten mit berufsbezogenen Problemen insgesamt als sehr erfolgversprechend beurteilt werden.

10 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

10.1 Tabellenverzeichnis

Tab. 4-1: Analytische Darstellung der erfolgten Blockrandomisierung in der Klinik	20
Tab. 4-2: Verwendete Instrumente und deren zeitliche Erhebung	22
Tab. 5-1: MBO-Gruppe: Verteilung in der MBO-Stichprobe	24
Tab. 5-2: Vergleich der Ausgangsbedingungen der jeweiligen Treatment- und Kontrollgruppen (t_1)	26
Tab. 5-3: Rücklaufquoten für die katamnestischen Befragungen zu t_3 und t_4	28
Tab. 5-4: Analyse der Dropout der MBO ⁺ -Gruppen im Vergleich, ausgewählte Parameter, alle Aussteiger bis t_4	29
Tab. 5-5: Dropout der MBO ⁺ -Gruppen im Vergleich, ausgewählte Parameter, alle Aussteiger bis t_4	30
Tab. 5-6: Dropout der MBO ⁻ -Gruppen im Vergleich, ausgewählte Parameter	30
Tab. 6-1: Erwerbsstatus vor Beginn der Maßnahme	36
Tab. 6-2: Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Zeitraum der Krankschreibung vor der Maßnahme	36
Tab. 6-3: Arbeitsunfähigkeitszeiten im letzten Jahr vor der Maßnahme	37
Tab. 6-4: Statements zum Einfluss der Gesundheit auf die Ausübung des Berufs (Mehrfachnennungen möglich)	38
Tab. 6-5: Globalmaß zum Einfluss der Gesundheit auf die Ausübung des Berufs: Aussagen zur längerfristigen Einschränkung im Berufsleben durch den Gesundheitszustand	39
Tab. 6-6: Zahl der Beschäftigten im Unternehmen	45
Tab. 6-7: Ausmaß der Gefährdung des Arbeitsplatzes durch Kündigung	46
Tab. 6-8: Wiedereingliederungsversuch und –erfolg in der Erwerbsbiografie	47
Tab. 6-9: Rentenbezug, Rentenantragsverhalten und Sozialgerichtsklage	48
Tab. 6-10: Anregung zur medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (zusammengefasste Items, Mehrfachnennungen möglich)	52
Tab. 6-11: Generelle Einstellung zur Rehabilitationsbehandlung	53
Tab. 6-12: Hoffnungen an die Rehabilitationsmaßnahme	54
Tab. 6-13: Bereiche, in denen die Reha-Behandlung voraussichtlich helfen wird (zusammengefasste Items, Mehrfachnennungen möglich)	55
Tab. 6-14: Einzeldimensionen des Winkler: Ausbildung, Tätigkeitsniveau und Einkommen.	57
Tab. 6-15: Anzahl der Kinder gruppiert	59

Tab. 6-16: Anzahl unterschiedlicher Diagnosen (Aufnahmediagnosen, gruppiert nach Untergruppen).....	60
Tab. 6-17: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes (gruppiert nach Quartilen) ..	61
Tab. 6-18: Psychische Stabilität nach HADS Ängstlichkeit und Depressivität (gruppiert nach Grenzwerten).....	63
Tab. 6-19: Stadien der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen.....	65
Tab. 6-20: Schwerbehinderung und Antragsverhalten auf Schwerbehinderung	66
Tab. 6-21: Operationalisierung der MBO-Einschlusskriterien der Klinik	68
Tab. 6-22: Statistische Kennwerte der Diskriminanzanalyse mit den Klinikparametern	68
Tab. 6-23: Reklassifizierung der MBO-Gruppen durch das verwendete Modell.....	68
Tab. 6-24: Integrierte Modellvariablen zur Erklärung der MBO-Gruppenverteilung.....	69
Tab. 6-25: Statistische Kennwerte der Diskriminanzanalyse mit empirisch ermittelten Parametern	70
Tab. 6-26: Reklassifizierung der MBO-Gruppen durch das verwendete Modell.....	70
Tab. 7-1: Bedeutsamkeit verschiedener Faktoren der Reha-Behandlung (zusammengefasste Items).....	74
Tab. 7-2: Anteil der Patienten, die nach entsprechender Zielformulierung das Ziel als erreicht ansahen (Mehrfachnennungen möglich)	75
Tab. 7-3: Anzahl der Beanstandungen insgesamt (gruppierte Darstellung)	76
Tab. 7-4: Aspekte der Reha-Maßnahme, die zu beanstanden waren (ausgewählte Items) ..	76
Tab. 7-5: Faktorenstruktur der Hoffnungen an die Reha-Maßnahme	78
Tab. 7-6: Empfehlungen der Klinik bzgl. weiterführender Maßnahmen (Entlassungsbericht)	88
Tab. 7-7: Logistische Modellschätzungen mit abhängiger Variable "LTA-Empfehlung gegeben".....	89
Tab. 7-8: Wahrnehmung weiterführender Empfehlungen bei den Patienten (Patientenurteil)	90
Tab. 7-9: Übereinstimmungsquote gegebener (Entlassungsbericht) und wahrgenommener (Patientenurteil) Empfehlungen	91
Tab. 7-10: Quote wahrgenommener Empfehlungen der Patienten, die die entsprechende Empfehlung erhalten haben (ausgewählte Arten von Empfehlungen)	92
Tab. 7-11: Quoten der Arbeitsfähigkeit vor und nach der Maßnahme	98
Tab. 7-12: Quoten der subjektiven Prognosen der beruflichen Zukunft vor und nach der Maßnahme (ohne arbeitslos sein und krankgeschrieben sein)	99
Tab. 7-13: Quoten der subjektiven Prognosen der beruflichen Zukunft vor und nach der Maßnahme (arbeitslos sein und krankgeschrieben sein gegen andere Prognose).....	100
Tab. 7-14: Einschätzung der längerfristigen gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf vor und nach der Maßnahme.....	101

Tab. 8-1: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Nichtraucherquote.....	105
Tab. 8-2: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Nichttrinkerquote	106
Tab. 8-3: Gesundheitsverhalten sechs Monate nach der Maßnahme im Vergleich zu Beginn der Maßnahme: Veränderung der Sportlerquote (Sportler: mindestens eine Stunde in der Woche Sport treiben)	107
Tab. 8-4: Regressionsmodelle gesamt und getrennt nach Bedarfsgruppen zur Schätzung der Änderungsintention sechs Monate nach der Maßnahme bzgl. regelmäßigem Sport...	108
Tab. 8-5: Regressionsmodelle gesamt und getrennt nach Bedarfsgruppen zur Schätzung der Änderungsintention sechs Monate nach der Maßnahme bzgl. gesunder Ernährung...	110
Tab. 8-6: Vergleich der Effektstärken für die MBO ⁺ -Vergleichsgruppen für die Messzeitpunkte t ₂ , t ₃ und t ₄	115
Tab. 8-7: Vergleich der Effektstärken für die MBO ⁻ -Vergleichsgruppen für die Messzeitpunkte t ₂ , t ₃ und t ₄	116
Tab. 8-8: Ergebnisse der GLM-Modelle „per protocol“ für ausgewählte Unterskalen des SF-36: MBO ⁺ -Patienten.....	127
Tab. 8-9: Arbeitsunfähigkeitszeiten 12 Monate vor und 12 Monate nach der Maßnahme (aufgrund der Erkrankung, die zur Maßnahme führte)	130
Tab. 8-10: Erwerbsstatus vor der Maßnahme, nach sechs Monaten und nach einem Jahr	133
Tab. 8-11: Veränderung der Erwerbsquote (ohne EM-Rentner)	134
Tab. 8-12: Veränderung der Erwerbsquote (mit EM-Rentner).....	135
Tab. 8-13: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf den Erwerbsstatus zu t ₃ /t ₄ bei MBO ⁺ -Patienten (ohne sonstige Erwerbslosigkeit)	136
Tab. 8-14: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf den Erwerbsstatus zu t ₃ /t ₄ bei MBO ⁻ -Patienten (ohne sonstige Erwerbslosigkeit)	136
Tab. 8-15: Arztkontakte gesamt und getrennt nach Fachgebiet.....	140
Tab. 8-16: Nutzungsanteile von gesundheitsfördernden Angeboten.....	142
Tab. 8-17: Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	144
Tab. 8-18: Einfluss der MBO-Rehabilitation auf die Teilnahme an LTA in den zwölf Monaten nach der Maßnahme bzw. Antragsabsicht in näherer Zukunft, getrennt nach Vergleichsgruppen.....	147
Tab. 8-19: Absicht, in nächster Zeit (erneut) einen Antrag auf verschiedene Leistungen der Rentenversicherung zu stellen	148
Tab. 8-20: Zeitliche Einordnung der Antragsabsicht.....	149
Tab. 8-21: Leistungen und Ressourcenkonsum (nach Krauth et al., Artikel eingereicht)....	152
Tab. 9-1: Wesentliche Ergebnisse und Entwicklungspotenziale zum Abschluss der Rehabilitation.....	161

Tab. 9-2: Wesentliche Ergebnisse und Entwicklungspotenziale sechs Monate nach der Rehabilitation	162
--	-----

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 2-1: Ablauforganisation der medizinisch beruflichen Orientierung der Klinik Niedersachsen (vereinfachte Darstellung).....	4
Abb. 3-1: Schematische Darstellung der Einordnung von MBO-Maßnahmen und herkömmlicher medizinischer Rehabilitation in den Kontext der ICF (vgl. Schuntermann 2002, geänderte Darstellung)	12
Abb. 3-2: ICF-basiertes Arbeitsmodell der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation	14
Abb. 4-1: Zeitplan der MBO-Studie in der Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf (Stand 31.12.2002).....	16
Abb. 4-2: Grafische Darstellung der angenommenen Wirkungszusammenhänge	17
Abb. 5-1: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Alter	32
Abb. 5-2: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Geschlecht.....	32
Abb. 5-3: Vergleich der Klinik-Stichprobe mit der MSK-Grundgesamtheit der LVA Westfalen: Diagnosen.....	32
Abb. 6-1: SF-36: Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (100=hohe Lebensqualität)	34
Abb. 6-2: Pain Disability Index (PDI): Skalen der schmerzbezogenen Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (10=größte schmerzbezogene Beeinträchtigung).....	35
Abb. 6-3: Einfluss des Berufs auf die Gesundheit: Aussagen und Globalmaß zur berufsbezogenen Beanspruchung (5=trifft völlig zu)	39
Abb. 6-4: Berufliche Belastungen und Beanspruchungen	41
Abb. 6-5: Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Bereichen (ausgewählte Items)	42
Abb. 6-6: Wirtschaftsbereich	44
Abb. 6-7: Dauer der längsten bzw. aktuellen Tätigkeit	45
Abb. 6-8: Typen des Gesundheitsverhaltens	49
Abb. 6-9: Internale und externale Kontrollüberzeugung	50
Abb. 6-10: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (ausgewählte Skalen, Skalenrange 6-30)	51
Abb. 6-11: Schicht-Index nach Winkler	56
Abb. 6-12: Herkunft (Geburtsland)	58
Abb. 6-13: Familienstand	59

Abb. 6-14: HADS-Skalen Depressivität und Ängstlichkeit (hoch=auffällig)	62
Abb. 6-15: Durchschnittliche Schmerzen in den letzten drei Monaten (Skala: 0-10).....	64
Abb. 7-1: Hoffnung und Bewertung der Versorgung durch psycho-soziale Unterstützung (z- standardisierte Mittelwerte)	79
Abb. 7-2: Hoffnung und Bewertung der Versorgung durch berufliches Partizipationsmanagement (z-standardisierte Mittelwerte).....	80
Abb. 7-3: Veränderung der optimistischen Haltung zur medizinischen Rehabilitation durch den Aufenthalt in der Klinik.....	81
Abb. 7-4: Bewertung des Abschlussgesprächs bzgl. der Ergebnisse der Maßnahme	84
Abb. 7-5: Bewertung des Abschlussgesprächs bzgl. der Konsequenzen der Maßnahme	84
Abb. 7-6: Bewertung der Informationen bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik vor und während der Maßnahme	85
Abb. 7-7:Träger der Informationsübermittlung bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik.....	86
Abb. 7-8: Bewertung der Informationsübermittlung der einzelnen Berufsgruppen bzgl. der MBO-Behandlung in der Klinik	86
Abb. 7-9: Skala der Intentionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens nach vorhandenem Risikoverhalten und Untersuchungsgruppen.....	94
Abb. 7-10: Konsequenz- und Kompetenzerwartung bzgl. einer gesunden Ernährung (jeweils linke Balkengruppe Konsequenz-, rechte Balkengruppe Kompetenzerwartung)	96
Abb. 7-11: Konsequenz- und Kompetenzerwartung bzgl. sportlicher (jeweils linke Balkengruppe Konsequenz-, rechte Balkengruppe Kompetenzerwartung).....	96
Abb. 8-1: Veränderung des aktuellen Gesundheitszustandes $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren nach EuroQol (0-100, 100=beste Gesundheit)	112
Abb. 8-2: Veränderung des der Schmerzeinschätzung $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-10, 10=stärkster Schmerz)	113
Abb. 8-3: Veränderung der Ängstlichkeit (HADS) $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-21, 21=auffällig ängstlich).....	114
Abb. 8-4: Veränderung der Depressivität (HADS) $t_1 - t_4$ unter Kontrolle der relevanten Einflussfaktoren (0-21, 21=auffällig depressiv)	115
Abb. 8-5: Veränderung Körperliche Summenskala des SF-36 $t_1 - t_4$	118
Abb. 8-6: Veränderung Psychische Summenskala des SF-36 $t_1 - t_4$	119
Abb. 8-7: Veränderung der Subskala Körperliche Funktionsfähigkeit des SF-36 $t_1 - t_4$	120
Abb. 8-8: Veränderung der Subskala Körperliche Schmerzen des SF-36 $t_1 - t_4$	121
Abb. 8-9: Veränderung der Subskala Körperliche Rollenfunktion des SF-36 $t_1 - t_4$	121
Abb. 8-10: Veränderung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen im Beruf $t_1 - t_4$	123
Abb. 8-11: Veränderung der schmerzbezogenen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Summenskala PDI) $t_1 - t_4$	123

Abb. 8-12: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des SF-36 für die MBO ⁺ -Patienten: t ₁ – t ₃	124
Abb. 8-13: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des SF-36 für die MBO ⁺ -Patienten: t ₁ – t ₄	125
Abb. 8-14: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des PDI t ₁ – t ₃ ; dargestellt sind nur die Gruppen U ⁺ und K ⁺	126
Abb. 8-15: Standardisierte Veränderung (Effektstärken) der einzelnen Skalen des PDI t ₁ – t ₃ ; dargestellt sind nur die Gruppen U ⁺ und K ⁺	126
Abb. 8-16: AU-Zeiten ein Jahr vor (t ₁) und ein Jahr nach Abschluss der Maßnahme (t ₄) im Vergleich.....	131
Abb. 8-17: Erwerbslosenquote (mit und ohne EM-Rentner) von t ₁ zu t ₄ , nur MBO ⁺ -Patienten	137
Abb. 8-18: Erwerbslosenquote (mit und ohne EM-Rentner) von t ₁ zu t ₄ , nur MBO ⁺ -Patienten mit Erkrankung der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54)	137
Abb. 8-19: Anzahl Arztkontakte bei Hausarzt, Facharzt und Ärzten insgesamt	141
Abb. 8-20: Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten insgesamt (gruppiert)	143
Abb. 8-21: Durchschnittliche Nutzung bestimmter gesundheitsfördernder Angebote (bei Teilnahme).....	143
Abb. 8-22: Übereinstimmung von Empfehlungen für LTA im Entlassungsbericht und der Teilnahme an LTA (bzw. der Intention dazu)	145
Abb. 8-23: Voraussichtliche monatliche Kosten der MBO ⁺ -Gruppen im Monat nach dem Erhebungszeitpunkt t ₄	153
Abb. 8-24: Geschätzte monatliche Kosten der MBO ⁺ -Gruppen im 13. Monat nach der Maßnahme.....	154
Abb. 8-25: Erwerbsfähigkeits-Gefährdungs-Index zwölf Monate nach der Maßnahme (EM-Rente, EM-Rentenantrag, EM-Rentenantragsbegehren)	155

11 Abkürzungsverzeichnis

ABB	<i>Arbeitsbeschreibungsbogen</i>
Abb.	<i>Abbildung</i>
ADL	<i>Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living)</i>
AM	<i>Arithmetisches Mittel</i>
AU	<i>Arbeitsunfähigkeit (Bescheinigung)</i>
AVEM	<i>Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster</i>
BAR	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i>
BMI	<i>Body-Mass-Index</i>
CHI²	<i>Chi-Quadrat; Prüfgröße statistischer Tests zur Prüfung von Unterschieds- bzw. Zusammenhangshypothesen</i>
d	<i>Effektstärke</i>
df	<i>Freiheitsgrad</i>
E-Bericht	<i>Einheitlicher Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung</i>
EFL	<i>Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit</i>
EM	<i>Erwerbsminderung</i>
EuroQol	<i>Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i>
F	<i>Prüfgröße statistischer Tests zur Prüfung von Unterschieds- bzw. Zusammenhangshypothesen.</i>
FBS	<i>Fragebogen zur Beschäftigten-Selbstbeurteilung</i>
h	<i>Effektstärke für den Unterschied zweier unabhängiger Anteilswerte</i>
HADS	<i>Hopkins Anxiety and Depression Scale</i>
HH-Situation	<i>Haushaltssituation</i>
IAT	<i>Instituts für Arbeit und Technik im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases</i>
ICF	<i>International Classification of Functioning/Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</i>
K⁺	<i>Kontrollgruppe mit MBO-Problematik, jedoch ohne MBO-Behandlung</i>
K	<i>Kontrollgruppe ohne MBO-Problematik ohne MBO-Behandlung</i>
Ka12	<i>12-Monats-Katamnese</i>
Ka6	<i>6-Monats-Katamnese</i>
KH	<i>Krankenhaus</i>
KK	<i>Krankenkasse</i>
KKG	<i>Fragebogen zur Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit</i>
KSF	<i>Körperstrukturen und –funktionen</i>
KTL	<i>Klassifikation therapeutischer Leistungen</i>
LTA	<i>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</i>

LVA	<i>Landesversicherungsanstalt</i>
MBO	<i>Medizinisch berufliche Orientierung</i>
MBO⁺	<i>Patientengruppe mit diagnostizierter beruflicher Problematik</i>
MBO⁻	<i>Patientengruppe ohne diagnostizierter beruflicher Problematik</i>
med.	<i>medizinische</i>
MSK	<i>Muskuloskelettale Krankheit</i>
N	<i>Anzahl der Patienten</i>
NRS	<i>Numerische Ratingskala</i>
n.s.	<i>nicht signifikant</i>
p	<i>Irrtumswahrscheinlichkeit ($p < .05$: die Irrtumswahrscheinlichkeit ist kleiner als 5 Prozent)</i>
PDI	<i>Pain Disability Index</i>
Reha	<i>Rehabilitation</i>
RV	<i>Rentenversicherung</i>
SD	<i>Standardabweichung; Maß für die Streuung der untersuchten Grundgesamtheit</i>
SF-36	<i>(Short Form-36) Fragebogen zum gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i>
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i>
t	<i>Prüfgröße statistischer Tests zur Prüfung von Unterschieds- bzw. Zusammenhangshypothesen.</i>
t₁	<i>erster Erhebungszeitpunkt (zum Beginn der Rehabilitation)</i>
t₂	<i>zweiter Erhebungszeitpunkt (zum Ende der Rehabilitation)</i>
t₃	<i>dritter Erhebungszeitpunkt (sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitation)</i>
T₄	<i>vierter Erhebungszeitpunkt (zwölf Monate nach Beendigung der Rehabilitation)</i>
Tab.	<i>Tabelle</i>
TFL	<i>Training der funktionellen Leistungsfähigkeit</i>
U⁺	<i>Untersuchungsgruppe mit MBO-Problematik mit MBO-Behandlung</i>
U⁻	<i>Kontrollgruppe ohne MBO-Problematik, jedoch mit MBO-Behandlung</i>
VAS	<i>Visuelle Analogskala</i>
VDR	<i>Verband deutscher Rentenversicherungsträger</i>
vgl.	<i>vergleiche</i>
WHO	<i>World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)</i>

12 Projektbezogene Veröffentlichungen und Kongressbeiträge

Vorträge, Poster

- 2005** **Streibelt, M.; Dohnke, B.; Müller-Fahrnow, W. 2005:** Entwicklung eines Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei MSK-Patienten. *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven“, 28.Februar –10.März 2005 in Hannover. Vortrag*
- Streibelt, M.; Dohnke, B.; Rybicki, T.; Müller-Fahrnow, W. 2005a:** Verbesserungen der Aktivitäten und beruflichen Teilhabe durch ein EFL-zentriertes MBO-Modell in der MSK-Rehabilitation: Mittelfristige Ergebnisse einer randomisierten Verlaufsstudie. *Symposium „Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments – Interventionen – Ergebnisse“, 27./28.Januar 2005 in Berlin. Vortrag*
- Streibelt, M.; Dohnke, B.; Rybicki, T.; Müller-Fahrnow, W. 2005b:** Aktivitäts- und teilhabebezogene Effekte der medizinisch-beruflichen Orientierung in der MSK-Rehabilitation - Ergebnisse einer randomisierten Follow-Up Studie. *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquiums „Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven“, 28.Februar –10.März 2005 in Hannover. Vortrag*
- Streibelt, M.; Kiesel, J.; Ostermann, H.-W.; Rybicki, T.; Schimpf, S.; Müller-Fahrnow, W. 2005:** Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität der EFL-basierten Rehabilitation – Relevanz für Klinik und Kostenträger. *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven“, 28.Februar–10.März 2005 in Hannover. Vortrag*
- Müller-Fahrnow, W; Knörzer, J.; Muraitis, A.; Möllmann, C.; Streibelt, M.; Hansmeier, T. 2005:** Ergebnisevaluation der MBO Reha von MSK-Patienten. *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven“, 28.Februar –10.März 2005 in Hannover. Vortrag*
- 2004** **Streibelt, M.; Hansmeier, T.; Müller-Fahrnow, W., 2004:** Erwartungen und Bewertungen von MSK-Patienten zur medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation. *13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation“, 08.-10. März 2004 in Düsseldorf. Vortrag*
- Streibelt, M.; Rybicki, T., Irmischer, J.; Müller-Fahrnow, W., 2004:** Evaluation und Training der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL/TFL) in der MSK-Rehabilitation: Patientenbeurteilung berufsbezogener Aktivitäten und Partizipation vor und sechs Monate nach der Rehabilitation. *13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation“, 08.-10. März 2004 in Düsseldorf. Vortrag*
- Müller-Fahrnow, W.; Streibelt, M.; Dohnke, B.; Muraitis, A.; Möllmann, C., 2004:** Medizinisch-berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. *Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch beruflichen Reha-Einrichtungen in Wuppertal, 15.11.2004. Vortrag*
- Müller-Fahrnow, W.; Streibelt, M., 2004a:** Anwendungsmöglichkeiten von Assessmentinstrumenten der Zuweisungssteuerung in der MBO-Rehabilitation. *Reha-Forum „Ent-*

wicklungen in der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation“ am 16.06.04 in Bad Nenndorf. Vortrag

Müller-Fahrnow, W.; Streibelt, M., 2004b: Evaluation der MBO-Rehabilitation – Ergebnisse einer Studie mit randomisierter Patientenzuweisung. *Reha-Forum „Entwicklungen in der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation“ am 16.06.04 in Bad Nenndorf.* Vortrag

2003 Streibelt, M.; Mnich, E.; Hansmeier, T., 2003: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MBO) bei MSK.-Patienten: Über Rehabilitandenkategorien zur Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs. *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium „Teilhabe durch Rehabilitation“, 10. -12. März 2003 in Bad Kreuznach.* Vortrag

Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T.; Radoschewski, M.; Streibelt, M., 2003: Assessmentorientierte Patientenklassifikation als Instrument für die Prozesssteuerung in der Rehabilitation. *GfR-BBS-Symposium „Rehabilitationswissenschaftliche Ergebnisse im Praxistransfer“ am 05.November 2003 in Berlin.* Vortrag

Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T.; Streibelt, M., 2003a: Implementierung von Assessmentverfahren für die Teilnahme von Patienten an medizinisch-beruflicher Rehabilitation. *11. Erfahrungsaustausch der Chefärzte Orthopädie am 12. und 13. Mai 2003 in Berlin.* Vortrag

Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, T.; Streibelt, M., 2003b: Assessmentverfahren in der MBO-Rehabilitation. *MBO-Gespräche am 19. Mai 2003 in der Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf.* Vortrag

Buch- und Kongressbandbeiträge

2005 Streibelt, M.; Dohnke, B.; Müller-Fahrnow, W. 2005: Entwicklung eines Screening-Instruments zur Feststellung des Bedarfs zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei MSK-Patienten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 39-41. DRV-Schriften, Bd. 59.*

Streibelt, M.; Dohnke, B.; Rybicki, T.; Müller-Fahrnow, W. 2005a: Verbesserungen der Aktivitäten und beruflichen Teilhabe durch ein EFL-zentriertes MBO-Modell in der MSK-Rehabilitation: Mittelfristige Ergebnisse einer randomisierten Verlaufsstudie. Band zur Tagung „Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments – Interventionen – Ergebnisse“, 27./28.Januar 2005 in Berlin, in Vorbereitung

Streibelt, M.; Dohnke, B.; Rybicki, T.; Müller-Fahrnow, W. 2005b: Aktivitäts- und teilhabebezogene Effekte der medizinisch-beruflichen Orientierung in der MSK-Rehabilitation - Ergebnisse einer randomisierten Follow-Up Studie. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 256-58. DRV-Schriften, Bd. 59.*

Müller-Fahrnow, W; Knörzer, J.; Muraitis, A.; Möllmann, C.; Streibelt, M.; Hansmeier, T. 2005: Ergebnisevaluation der MBO Reha von MSK-Patienten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 262-264. DRV-Schriften, Bd. 59.*

Müller-Fahrnow, W.; Muraitis, A.; Knörzer, J.; Streibelt, M.; Stern, H. 2005: Aktivitäts- und Partizipationsergebnisse der MBO-Rehabilitation bei MSK-Patienten - Reha-klinische vs. statistisch definierte MBO-Patientengruppen im Vergleich. Band zur Tagung „Wis-

senschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation: Assessments – Interventionen – Ergebnisse“, 27./28. Januar 2005 in Berlin, in Vorbereitung

- 2004** **Streibelt, M.; Müller-Fahrnow, W., 2004**: Die MBO-Rehabilitation in der Patientensicht: Unterschiede in den Erwartungen und Bewertungen von MBO- und Nicht-MBO-Patienten. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 222-224. DRV-Schriften, Bd. 52.

Artikel

- 2005** **Streibelt, M.; Müller-Fahrnow, W., 2005a**: Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Ergebnisse einer randomisierten Verlaufsstudie. Artikel in Vorbereitung
- Streibelt, M.; Müller-Fahrnow, W., 2005b**: Rehabilitation of work-related disabilities in musculoskeletal disorders – Effects on “Return to Work” (RTW). A randomized clinical trial. Artikel in Vorbereitung

13 Literaturverzeichnis

1. Antonovsky (1979), Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
2. Bergelt, C., Welk, H., Koch, U. (2000), Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitation 2000 39, 338-349
3. Birkner, B. (2002), Schnittstellenproblematik – Reha-Ökonomie. Die Rehabilitation 41, 64-65
4. Bortz, J. & Döring, N. (1997). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
5. Budde, G. (1994). Evaluation eines verhaltensorientierten Therapieprogramms für Rückenschmerz-Patienten in der stationären orthopädischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung 11, 781-796.
6. Bührlen-Armstrong, B., Jager, U. de, Schochat, T., Jäckel, W.H. (1998). Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen – Einfluss von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Messzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. Die Rehabilitation 37, Suppl.1 S38-S46
7. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998) (Hg.). Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in der 14. Legislaturperiode. Frankfurt/M.
8. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000) (Hg.), Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Bericht über die Expertentagung am 25. und 26. Januar 2000 in Würzburg. Frankfurt/M.
9. Bundesversicherungsanstalt BfA (2003), Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Positionspapier.
10. Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen: Hogrefe.
11. Bürger, W. Dietsche, S., Moorfeld, M., Koch, U. (2001). Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation 40, 217-225
12. Campbell, D.T., Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Boston: Hought Mifflin Company.
13. Casser H.-R., Riedel T., Schrembs C., et al. (1999). Das multimodale interdisziplinäre Therapieprogramm beim chronifizierenden Rückenschmerz. Orthopädie 28, 946-57
14. Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979). Quasi-Experimentation. Design and Analysis Issues for Field Settings. Chicago: Rand McNally College Publishing.

15. Dibbelt, S. Büschel, C., Greitemann, B. (2004). Langfristige Effekte eines multimodalen Therapieprogramms bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.462-465
16. Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H., Gerbershagen, H.U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz* 8, 100-110.
17. Donabedian (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-203
18. Dusik, L.A., Menard, M.R., Cooke, C., Fairburn, S.M., Beach, G.N. (1993). Concurrent Validity of the ERGOS Work Simulator Versus Conventional Functional Capacity Evaluation Techniques in a Workers' Compensation Population
19. Erbstößer, S., Nellessen, G., Schuntermann, M.F. (2002). FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit . Bestandsaufnahme und Experteneinschätzung – Ergebnisse der ersten Befragung „Bestandsaufnahme“. Projektbericht Februar 2002
20. Erbstößer, S., Schuntermann, M.F. (2002), FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit . Bestandsaufnahme und Experteneinschätzung – Ergebnisse der zweiten Befragung „Einschätzungen“. Projektbericht Juli 2002
21. Faller, H. (1999). Patientenerwartungen in der Rehabilitation. In: Eckert, R./Zimmer, C.: *Rehabilitationspsychologie*, Lengerich u.a.: Papst Science Publishers, S.92-105
22. Faller, H. ,Vogel, H., Bosch, B. (2000). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation – Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Die Rehabilitation* 2000 39, 205-214
23. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, et al. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *Cmaj* 158, 1625-31.
24. Fritz JM, Delitto A, Erhard RE (2003). Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine* 28, 1363-71; discussion 72.
25. George SZ, Fritz JM, Bialosky JE, et al. (2003). The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for patients with acute low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine* 28, 2551-60.
26. George SZ, Bialosky JE, Fritz JM. (2004). Physical therapist management of a patient with acute low back pain and elevated fear-avoidance beliefs. *Phys Ther* 84, 538-49.
27. Gerbershagen, H.U. (1997). Schmerztherapie ein neuer Bereich ärztlicher Tätigkeit. *Ärztblatt Rheinland-Pfalz, Sonderheft* 50, 29-34.
28. Glomsrod B, Lonn JH, Soukup MG, et al. (2001). "Active back school", prophylactic management for low back pain: three-year follow-up of a randomized, controlled trial. *J Rehabil Med* 33, 26-30.
29. Göbel, J. (1999). Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsplätzen Behinderter – Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. *Die Rehabilitation* 38, 209-219

30. Greitemann, B., Dibbelt, S., Büschel, C. (2004). Berufliche Orientierung in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Haben berufsbezogene Beratungs- und Behandlungsangebote langfristige Effekte? In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10.März 2004 in Düsseldorf, S.235-237
31. Greve, J., Jochheim, K.A., Schian, H.M. (1997). Erhebungsverfahren zur beruflichen Integration behinderter Menschen – vom ERTOMIS-Verfahren zum IMBA-Informationssystem. *Die Rehabilitation* 36, 34-38
32. Grossarth-Maticek, R. (2000). Fragebogen zur Selbstregulation. *Autonomietraining: Gesundheit und Problemlösung durch Anregung der Selbstregulation*. Berlin: Walter de Gruyter.
33. Haaf, H.-G. (1999). Medizinische Rehabilitation bei Rückenschmerzen – Epidemiologie, Behandlungsansätze und Wirksamkeit. *Deutsche Rentenversicherung* 4, 235-259
34. Haaf, H.-G., Schliehe, F. (2000). Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In: Bengel & Koch (Hg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften – Themen, Forschungsstrategien und Forschungsmethoden*. Heidelberg: Springer.
35. Hales, R.H., Bernard, B.P. (1996). Epidemiology of Workrelated Musculoskeletal Disorders. *Orthopedic Clinics of North America* 27(4), 679-709
36. Hart, D.L., Isernhagen, S.J., Matheson, L.N. (1993). Guidelines for Functional Capacity Evaluation of people with medical conditions. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 18, 682-686
37. Harten, J.A. (1998). Functional Capacity Evaluation. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 13(1), 209-212
38. Heinz-Lassere, H. (1998). Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 41, 35-37
39. Hennies, G. (1995). Aufgaben und Stellung der medizinischen Sachverständigen im Verwaltungs- und Sozialgerichtsverfahren. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrg.)*. Stuttgart: Gustav Fischer.
40. Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York u.a.: John Wiley & Sons
41. Hüppe, A., Raspe, H. (2003), Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. *Die Rehabilitation* 42, 143-154
42. Hüppe, A., Raspe, H. (2005), Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Die Rehabilitation* 44, 24-33
43. Isernhagen, S.J. (1995). Contemporary Issues in Functional Capacity Evaluation. In: dies. (Hg.) *The Comprehensive Guide to Work Injury Management*. Gaithersburg, Maryland: Aspen
44. Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.M., Jacobs, A., Kasprowski, D. (2000). Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 39, 297-306

45. Kayser, E., Zwerenz, R., Gustson, D., Vorndran, A. (2002). Schnittstellenproblematik am Beispiel der integrierten beruflichen Belastungserprobung (BE). *Praxis Klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation* 58, 101-106
46. Kleist, B., Alliger, K., Winter, S., Beyer, WF. (2003). Wirksamkeit multimodaler Programme in der stationären medizinischen Rehabilitation – „Work Hardening“ für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (CLBP). In: VDR (Hg.) Band zum 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bad Kreuznach: 326-327
47. Klingelhöfer, H.E. & Lätzsch, A. (2003). Wirtschaftlichkeitsvergleich ambulante versus stationäre Rehabilitation. *Gesundheitswesen* 65: 163-166
48. Kluth, W., Schumacher, H.L., Koch, U. (2004). Unterscheiden sich verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation und Standard-reha in ihrer Wirksamkeit. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.450-453
49. Koch, S., Hillert, A., Hedlund, S., Cuntz, U. (2004). Effekte einer berufsbezogenen Therapiegruppe in der stationären psychosomatischen Rehabilitation zum Entlassungszeitpunkt: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10.März 2004 in Düsseldorf, S.224-226
50. Koch, U., Wittmann, W.W. (1985) (Hg.). *Evaluationsforschung. Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin u.a.: Springer
51. Koch, U., Bürger, W., Schulz, H., Glier, B., Rodewig, K. (1997). Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation: Bedarf und Konzeption. *Deutsche Rentenversicherung* 9-10, 548-574
52. Kole-Snijders AM, Vlaeyen JW, Goossens ME, et al. (1999). Chronic low-back pain: what does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 67, 931-44.
53. Kraus, J. (1997). The Independent Medical Examination and the Functional Capacity Evaluation. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 12(3), 527-556
54. Krauth, C., Hessel, F., Hansmeier T., Wasem J., Seitz R., Schweikert B. (2005). Empirische Bewertungsansätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation. Artikel eingereicht im *Gesundheitswesen*
55. Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept, Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. *Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24 (2), 105-131.
56. Lohaus, A., Schmitt, G.M. (1989), Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
57. Loisel, P., Abenhaim L, Durand P, et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 22, 2911-8.
58. Loisel P., Lemaire J., Poitras S., et al. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 59: 807-15

59. Loisel P, Durand MJ, Diallo B, et al. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. *Clin J Pain*;19:105-13.
60. Merkesdal, S., Bernitt, K., Busche, T., Bauer, J., Mau, W. (2004). Gegenüberstellung der Krankheitskosten im Jahr vor und nach stationärer und ambulanter Rehabilitation bei Personen mit Dorsopathien. *Die Rehabilitation* 43: 83-89
61. Morfeld, M., Bürger, W., Dietsche, S., Koch, U. (2002). Subjektive Bewertungen der Behandlungsangebote in stationärer und ambulanter orthopädischer Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 41, 112-118
62. Mroczynski, P. (2002), SGB IX Teil 1: Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. München: Verlag C.H. Beck.
63. Neuberger, O., Allerbeck, M. (1978). Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)“. Bern: Huber.
64. Neuderth, S., Vogel, H. (2000), Fachtagung zum Thema „Berufsbezogene Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation“ vom 25.-26.1.2000 in Würzburg. *Die Rehabilitation* 39, 239-241.
65. Nowossadeck, E., Karoff, M., Mayer-Berger, W., Vetter, H., Müller-Fahrnow, W. (2004). Leitliniengerechte Versorgung nach akutem Koronareignis – Ergebnisse aus der CARDIS-Studie. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.281-283
66. Pfungsten, M., Leibing, E., Franz, C., Bansemer, D., Busch, O., Hildebrandt, J. (1997). Erfassung der "fear-avoiding-beliefs" bei Patienten mit Rückenschmerzen. Deutsche Version des "fear-avoiding-beliefs questionnaire" (FABQ-D). *Der Schmerz* 6, 387-395.
67. Potthoff, P., Schian, H.M. (1996). Fragebogen für die Beschäftigten-Selbstbeurteilung. unveröffentlichtes Manuskript.
68. Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., Meier-Rebentisch, K. (1996). Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? *Z. f. Gesundheitswesen* 58, 372-378
69. Rossi, P.H., Freeman, H.E. (1982). *Evaluation. A systematic approach*. Beverly Hills: Sage.
70. Sanders (1999), Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *Handbuch der Evaluationsstandards*. Opladen: Leske und Budrich
71. Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (1996). *Arbeitsbezogen Verhaltens- und Erlebensmuster*. Testmanual: Swets Test Services.
72. Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
73. Schaarschmidt, U. (2001). *Rehabilitationsspezifische Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens: Projektantrag*.

74. Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol*, 39, 248-255.
75. Schreiber, T.U., Bak, P., Müller, W.-D., Ziegenthaler, H., Smolenski, U. (1999). Funktionelles Assessment am Bewegungsapparat. *Phys Rehab Kur Med* 9, 110-121
76. Schreiber, T.U., Bak, P., Petrovitch, A., Anders, C., Müller, W.-D., Smolenski, U. (2000). Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) – Überblick über Methoden und Testsysteme. *Phys Rehab Kur Med* 10, 108-119
77. Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Claes, C., Greiner, W., Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Z. f. Gesundheitswissenschaften*, 6 (1), 1-20
78. Schuntermann, M.F. (1988). Konzepte zur Beurteilung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch die Rentenversicherungsträger. *Deutsche Rentenversicherung* 4-5, 238-265.
79. Schuntermann, M.F. (2002). Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen Begutachtung und Rehabilitation. In: Verband Deutscher Versicherungsträger, Ausbildungsmaterialien zur ICF (Version 1.1)
80. Schutzzechel, F.J., Hirschler, G. (2004). Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation – das Modell BOR verkürzt Bearbeitungs- und Wartezeiten. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.226-228
81. Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. überarb. u. erw.). Göttingen: Hogrefe.
82. Siek (1994) (Hg.). *Erfolgsbeurteilung in der Rehabilitation. Begründungen, Möglichkeiten, Erfahrungen*. Ulm: Univ.-Verlag Ulm
83. Snook SH. (2004). Work-related low back pain: secondary intervention. *J Electromyogr Kinesiol* 14, 153-60.
84. Soukup MG, Lonn J, Glomsrod B, et al. (2001). Exercises and education as secondary prevention for recurrent low back pain. *Physiother Res Int* 6, 27-39.
85. Stallmann, M. (1994). *Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit. Eine empirische Analyse der Arbeitsunfähigkeit vor medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen*. Dissertation.
86. Streibelt, M., Müller-Fahrnow, W. (2004). Die MBO-Rehabilitation in der Patientensicht: Unterschiede in den Erwartungen und Bewertungen von MBO- und nicht-MBO-Patienten. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.220-222
87. Sullivan MJ, Stanish WD (2003). Psychologically based occupational rehabilitation: the Pain-Disability Prevention Program. *Clin J Pain* 19, 97-104.
88. Tramposh, A.K. (1992), The Functional Capacity Evaluation: Measuring Maximal Work Abilities. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 7(1), 113-124

89. van de Sand, W.H. (2001). RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. *Die Rehabilitation* 40, 304-313.
90. van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, et al. (2003). Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clin J Pain* 19, 87-96.
91. van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L. and the Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group 2003, Updated Method Guidelines für Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *SPINE* 28 (12), 1290-1299
92. VDR (1997) (Hg.). Abschlußbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt/M.: DRV Schriften, Bd.7
93. VDR (1999) (Hg.). Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“. Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden“, „Routinedaten“ und „Reha-Ökonomie“. Frankfurt/M.: DRV Schriften, Bd.16
94. Waddell G, Burton AK (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)* 51, 124-35.
95. Weltgesundheitsorganisation – WHO (2001) (Hrg.), International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). Genf.
96. Winkler, J. (1998). Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens, W. Bellach, B. Jöckel, K.H. (Hg): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. Berlin: Robert-Koch-Institut:69-84. (RKI-Schriften; 1)
97. Zerssen, D.v., Koeller, D.M. (1976). Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerdenliste. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft mbH.
98. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). Hopkins Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 67 (6), 361-70.
99. Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E. (2004). Kurz- und langfristige Ergebnisse einer kontrollierten Studie zur beruflichen Belastungserprobung als therapeutisches Modul innerhalb der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: VDR (Hg.) Band zum 13. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 8.-10. März 2004 in Düsseldorf, S.231-233

14 Anhang

Teil 1: Patientenbefragung

- Fragebogen zu Reha-Beginn (t_1)
- Fragebogen zu Reha-Ende (t_2)
- Fragebogen zur 6-Monats-Katamnese (t_3)
- Fragebogen zur 12-Monats-Katamnese (t_4)

Teil 2: Mitarbeiterbefragung

- Fragebogen der Mitarbeiterbefragung
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

"Patientenbefragung"



Erhebungsbogen vor Beginn
der Rehabilitation



3287307099



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieser Fragebogen wird maschinell verarbeitet. Die Nummern am oberen Seitenrand dienen ausschließlich dieser Verarbeitung und lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens geben:

Für eine fehlerfreie Bearbeitung verwenden Sie bitte einen dünnen schwarzen oder blauen Stift.

Bei den meisten Fragen genügt es, wenn Sie in eines der Antwortkästchen ein Kreuz machen.

Beispiel:

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

	keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen tragen Sie bitte Zahlen oder einen Text in die vorgesehen Felder ein. Versuchen Sie bitte darauf zu achten, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten sechs Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen nicht nachgehen?

Tage und in den letzten 14 Tagen?: Tage

Beispiel

Was würde Ihnen bei Ihrer jetzt beginnenden Rehabilitation aus Ihrer Sicht am meisten helfen?
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie zutreffende an.)

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Bäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viel Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	→ (bitte benennen): <i>Entspannungstherapie</i>			

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Beginnen Sie jetzt bitte auf der folgenden Seite mit der Beantwortung der Frage 1.

Zunächst möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand stellen.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

2. Im Vergleich zum *vergangenen Jahr*, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

	derzeit viel besser	derzeit etwas besser	etwa wie vor einem Jahr	derzeit etwas schlechter	derzeit viel schlechter
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

	keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
trifft zu	<input type="checkbox"/>					

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

	überhaupt nicht	ein bißchen	mäßig	ziemlich	sehr
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, daß Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
... sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
... voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
... erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
... glücklich?	<input type="checkbox"/>					
... müde?	<input type="checkbox"/>					

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit den folgenden Fragen möchten wir feststellen, wie akut bzw. wie chronisch Ihre Schmerzen sind. Es handelt sich also um sehr wichtige Fragen für den Therapieerfolg.

Zirka 30 % unserer Patienten leiden unter einer Schmerzart (z. B. Migräne), ca. 30 % unserer Patienten geben zwei Schmerzarten an (z. B. Migräne und Nervenschmerzen) und weitere ca. 40 % berichten über drei und mehr Schmerzarten (z. B. Migräne plus Hexenschusschmerzen plus Arthroseschmerzen der Hüfte).

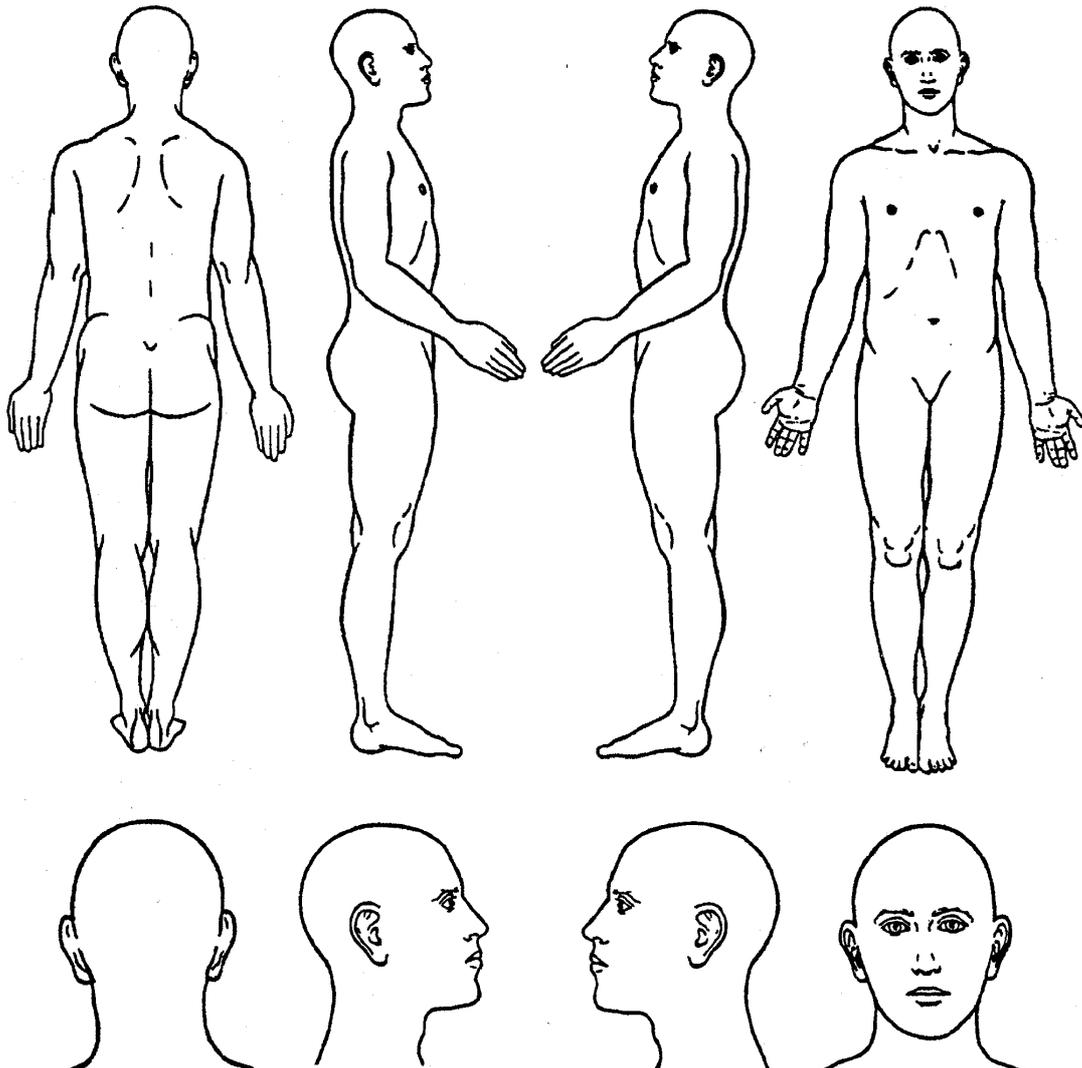
12. Unter wie vielen für Sie unterscheidbaren Schmerzen litten Sie in den vergangenen 4 Wochen?

Wichtig ist, dass Sie die Schmerzbilder unterscheiden können. (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- Ich litt in den letzten 4 Wochen unter einem einzigen Schmerzbild (z. B. Kopfschmerzen oder Fußschmerzen oder Rückenschmerzen)
- Ich konnte in den letzten 4 Wochen zwei Schmerzbilder deutlich von einander abgrenzen (z. B. Kreuz- und Kopfschmerzen).
- Ich konnte in den letzten 4 Wochen drei oder mehr Schmerzbilder von einander abgrenzen (z. B. Kopf- und Brust- und Knieschmerzen oder 3 verschiedene Kopf- oder Gesichtsschmerzen).
- Ich habe in den letzten 4 Wochen in mehr als der Hälfte meines Körpers (oder meiner Körperoberfläche) Schmerzen gehabt (z.B. Halbkörperschmerz oder Fibromyalgie).

13. Zeichnen Sie bitte nun Ihr Schmerzbild oder Ihre Schmerzbilder in die Körperschemata ein.

Bitte kennzeichnen Sie Ihr **Hauptschmerzbild** mit senkrechten Strichen (|||) den **2. Schmerz** mit Querstrichen (=) und den **3. Schmerz** und alle **weiteren Schmerzarten** mit Schrägstrichen (////).



Haben Sie auch wirklich **alle** Ihre Schmerzorte eingezeichnet ?

Die folgenden Fragen (14-16) beziehen sich auf Ihre Hauptschmerzen, also die Schmerzen, die Sie in den Körperschemata mit senkrechten Strichen (IIII) eingezeichnet haben.

14. Wie oft traten Ihre Hauptschmerzen während der letzten 4 Wochen durchschnittlich auf?

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- In den letzten 4 Wochen habe ich meine Hauptschmerzen nicht gehabt.
- Meine Hauptschmerzen traten einmal täglich oder noch seltener auf.
- Meine Hauptschmerzen traten täglich auf, hielten aber nicht den ganzen Tag an.
- Meine Hauptschmerzen traten zwar mehrmals täglich auf, gingen aber immer wieder weg. Es gab immer noch schmerzfreie Zeiten.
- Meine Hauptschmerzen waren dauernd vorhanden. Es gab nur wenige schmerzfreie Momente (zum Beispiel im Schlaf). Meine Schmerzen gingen nicht vollständig zurück.

15. Wie lange hielten Ihre Hauptschmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen an?

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- Meist nur wenige Sekunden bis Minuten
- Meist bis zu mehreren Stunden
- Meist mehrere Tage, höchstens jedoch bis zu einer Woche
- Meist länger als eine Woche
- Meine Schmerzen waren dauernd vorhanden.

16. Traten Ihre Hauptschmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf? Das bedeutet: wechselten Ihre Schmerzen zum Beispiel zwischen leichten, mäßig starken oder starken Schmerzen?

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- Die Stärke meiner Hauptschmerzen wechselte in den letzten 4 Wochen häufig. Häufig bedeutet ein Schmerzstärkewechsel zweimal oder häufiger pro Woche (zum Beispiel von leicht zu mäßig stark).
- Die Stärke meiner Hauptschmerzen wechselte in den letzten 4 Wochen nur selten. Selten bedeutet ein Schmerzstärkewechsel weniger als zweimal pro Woche (zum Beispiel von leicht zu mäßig stark).
- Die Stärke meiner Hauptschmerzen hat in den letzten 4 Wochen nicht gewechselt. Sie blieb immer nahezu konstant.

17. Welche Medikamente mussten Sie in den letzten 4 Wochen wegen Schmerzen einnehmen? An wie vielen Tagen mussten Sie Tabletten, Zäpfchen, Tropfen usw. nehmen?

- Ich habe keine Medikamente wegen meiner Schmerzen zu mir genommen



Falls Sie keine Medikamente eingenommen haben, gehen Sie weiter zur **Frage 18**

Bitte tragen Sie auf der folgenden Seite alle Medikamente, die Sie wegen Ihrer Schmerzen verordnet bekommen oder selbst gekauft und eingenommen haben, in beliebiger Reihenfolge in die Felder ein.

Es ist sehr wichtig zu unterscheiden, ob Sie das einzelne Medikament an weniger (<) oder an mehr (>) als 15 Tagen genommen haben.

Da Schmerzpatienten oft mehrere Schmerzmittel einnehmen müssen, finden Sie ausreichend Platz für vier Medikamente

- | | | | < 15 Tagen | > 15 Tagen |
|--------------------------|--------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | das 1. Medikament: | <input type="text"/> | nahm ich an <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ein. |
| <input type="checkbox"/> | das 2. Medikament: | <input type="text"/> | nahm ich an <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ein. |
| <input type="checkbox"/> | das 3. Medikament: | <input type="text"/> | nahm ich an <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ein. |
| <input type="checkbox"/> | das 4. Medikament: | <input type="text"/> | nahm ich an <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ein. |
- Ich habe in den vergangenen 4 Wochen 5 oder mehr verschiedene Mittel für meine Schmerzen eingenommen.

Bitte listen Sie diese Medikamente auf:

Die nächsten Fragen (18- 22) beziehen sich auf den Zeitraum seit Beginn Ihrer Schmerzen.

18. Wie oft wurde bei Ihnen ein Medikament, das Sie wegen Schmerzen einnahmen, entzogen oder ernsthaft versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- noch nie einmal zwei- oder mehrmals

19. Wie oft haben Sie einen für Ihre Schmerzen zuständigen Arzt (persönlicher Arzt für die Schmerzen) wegen nicht erfolgreicher Schmerzbehandlung dauerhaft gewechselt? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- noch nie ein bis dreimal mehr als dreimal

20. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen (zur Diagnostik und / oder Therapie) stationär in einem Krankenhaus behandelt? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- noch nie einmal zwei- bis dreimal mehr als dreimal

21. Wie oft wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen operiert? Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle "kleineren operativen Eingriffe", die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, zum Beispiel Zahnextraktionen, Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- noch nie einmal zwei- bis dreimal mehr als dreimal

22. Wie häufig waren Sie wegen Ihrer Schmerzen in einer Rehabilitationsklinik? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- noch nie einmal zweimal mehr als zweimal

Nun geht es um die Stärke Ihrer Schmerzen (Fragen 23 - 25). Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben / hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

23. Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

- kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

24. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

- kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

25. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen?

- kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Nun interessiert uns das Ausmaß, in dem Sie in verschiedenen Bereichen Ihres Lebens durch die Schmerzen beeinträchtigt werden. Mit anderen Worten: Wie sehr hindern Sie die Schmerzen, ein normales Leben zu führen? Beurteilen Sie jeweils den gesamten Einfluss, den die Schmerzen gegenwärtig besitzen. Berücksichtigen Sie nicht nur die Zeiten, in denen die Schmerzen am schlimmsten sind.

Wir bitten Sie, für jeden der aufgeführten sieben Lebensbereiche die Zahl anzukreuzen, die die typische Stärke Ihrer Behinderung beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass alle Tätigkeiten, die Sie normalerweise ausführen würden, durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt oder behindert werden.

26. Familiäre und häusliche Verpflichtungen

Dieser Bereich bezieht sich auf alle Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und die Wahrnehmung von Aufgaben um das Haus (z.B. Gartenarbeit) sowie Besorgungen und Gefälligkeiten für andere Familienmitglieder (z.B. Kinder zur Schule bringen).

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

27. Erholung

Dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und ähnliche Freizeitaktivitäten.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

28. Soziale Aktivitäten

Dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten. Er schließt Feste, Theater- und Konzertbesuche, essen gehen und andere soziale Aktivitäten ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

29. Beruf

Dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

30. Sexualleben

Dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

31. Selbstversorgung

Dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen (sich waschen, sich anziehen, Auto fahren, usw.), und bei denen man nicht auf fremde Hilfe angewiesen ist.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

32. Lebensnotwendige Tätigkeiten

Dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen. Er ist grundlegend für die anderen Lebensbereiche.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

Auch wenn Sie in unserer Klinik wegen körperlicher Beschwerden aufgenommen wurden, beachten Sie bitte, dass sich die folgenden Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung beziehen.

33. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Aussagen so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte jeweils nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber nicht allzu stark
 überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel wie immer darum

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
 eher weniger als früher
 nicht sehr
 kaum bis gar nicht

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

34. Bitte schätzen Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand ein.

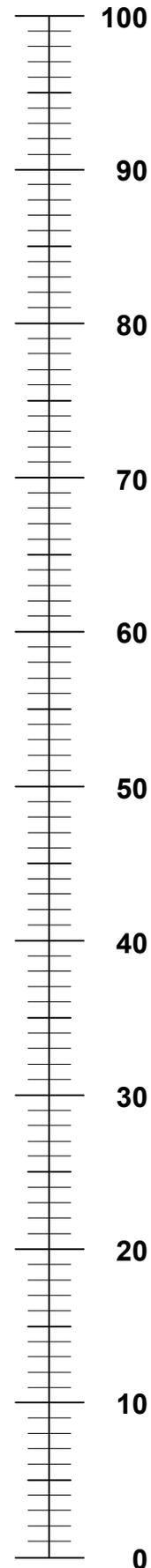
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir rechts eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit einer "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte kreuzen Sie dazu den Strich auf der Skala an, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Bester denkbarer
Gesundheitszustand**



**Schlechtester denkbarer
Gesundheitszustand**

Nun einige Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten.

36. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

Ja, ...

- ich rauche regelmäßig.
 ich rauche gelegentlich.

Nein, ...

- ich habe in den letzten 6 Monaten aufgehört zu rauchen.
 ich habe bereits früher aufgehört zu rauchen.
 ich habe noch nie geraucht.

37. Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- fast jeden Tag
 2-4mal pro Woche
 2-4mal pro Monat
- seltener
 überhaupt nicht

38. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten Freizeit- oder Leistungssport betrieben?

- Nein**, ich betreibe keinen Sport.
 Ja, unregelmäßig.
 Ja, weniger als 1 Stunde jede Woche.
- Ja**, 1 bis weniger als 2 Stunden jede Woche.
 Ja, 2 bis weniger als 4 Stunden jede Woche.
 Ja, 4 und mehr Stunden jede Woche.

39. Gehen Sie regelmäßig zu medizinischen Vorsorgeuntersuchungen? (Gemeint sind Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von chronischen Krankheiten, sog. Gesundheits-Check-Ups)

- nein ja

Die folgenden Fragen 40 bis 45 beschäftigen sich mit Ihrem bevorstehenden Reha-Aufenthalt.

40. Mit welcher Haltung sehen Sie dem Verlauf Ihrer Reha-Behandlung entgegen?

(Sie können Ihre Angaben auf einer Skala von 1-5 abstimmen. Der Wert 1 steht dabei für unsicher / skeptisch, der Wert 5 für sicher / optimistisch. Mit den Werten dazwischen können Sie Abstufungen vornehmen.)

	unsicher / skeptisch				sicher / optimistisch
	1	2	3	4	5
trifft zu	<input type="checkbox"/>				

41. Durch wen erfolgte die Anregung zu Ihrer Reha-Behandlung? (Mehrfachnennungen möglich)

- den Stationsarzt im Krankenhaus
 durch meine Verwandten oder Freunde
 durch meinen behandelnden Arzt
 durch eine Selbsthilfegruppe
 durch den Sozialdienst im Krankenhaus
 durch schriftliche Information
 durch den Rentenversicherungsträger
 anlässlich eines früheren Reha-Aufenthaltes
 durch den med. Dienst der Krankenkasse
 durch andere

welche?
↓

(bitte benennen):

42. Es könnte sein, dass durch die Aufnahme in die Reha-Klinik bei Ihnen Ängste oder Befürchtungen ausgelöst wurden. Bitte kreuzen Sie an, ob dies bei Ihnen der Fall ist oder nicht. (Mehrfachnennungen möglich)

- Ich befürchte, unter Heimweh zu leiden.
- Ich befürchte, hier allein gelassen zu werden.
- Ich befürchte, mein Familienleben oder meine Partnerschaft werden belastet.
- Ich befürchte, schwerkranken Menschen zu begegnen.
- Ich befürchte, Schwierigkeiten an meinem Arbeitsplatz zu bekommen.
- Ich befürchte, dass die Trennung von meiner gewohnten Umgebung und meinen Angehörigen mir schwer fallen wird.
- Ich habe Angst vor der medizinischen Betreuung.
- Ich habe Angst vor der psychologischen Betreuung.
- Ich habe andere Ängste oder Befürchtungen.

welche?

(bitte benennen):

43. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Ich hoffe, dass					
... man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="checkbox"/>				
... ich hier viel Ruhe habe.	<input type="checkbox"/>				
... ich intensive pflegerische Betreuung erhalte.	<input type="checkbox"/>				
... diese Reha-Klinik viele verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbietet.	<input type="checkbox"/>				
... ich hier erfahre, was mir fehlt.	<input type="checkbox"/>				
... der Arzt mir erklärt, wie meine Behandlung im einzelnen ablaufen wird.	<input type="checkbox"/>				
... man mit mir auch über meine persönlichen Probleme spricht.	<input type="checkbox"/>				
... mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/>				
... meine Angehörigen in die psychologische Betreuung einbezogen werden.	<input type="checkbox"/>				
... mir seelsorgerische Betreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/>				
... die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt.	<input type="checkbox"/>				
... ich eine Beratung in sozialrechtlichen und finanziellen Fragen erhalte.	<input type="checkbox"/>				

44. Was würde Ihnen bei Ihrer jetzt beginnenden Rehabilitation aus Ihrer Sicht am meisten helfen?
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie zutreffende an.)

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Bäder	<input type="checkbox"/>				
Massagen	<input type="checkbox"/>				
Gymnastik, Sport	<input type="checkbox"/>				
Kunsttherapeutisches Angebot (Malen, Tanz-, Musiktherapie)	<input type="checkbox"/>				
Arbeits-/Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>				
Entspannungstherapien	<input type="checkbox"/>				
Diät	<input type="checkbox"/>				
viel Freizeit	<input type="checkbox"/>				
Unterhaltungsangebote	<input type="checkbox"/>				
Berufsbezogene Beratung	<input type="checkbox"/>				
Berufsbezogene Therapie	<input type="checkbox"/>				
Psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>				
andere	<input type="checkbox"/>	→ (bitte benennen):			

45. In welchen Bereichen wird Ihnen die Reha-Behandlung voraussichtlich am ehesten helfen?
(Mehrfachnennungen möglich)

Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>
Nachlassen von Beschwerden Welche?	<input type="checkbox"/> → (bitte benennen):
Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>
Entspannung von Streß und Alltagsorgen	<input type="checkbox"/>
Verringerung der Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>
Geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/>
Verhinderung vorzeitiger Berentung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Welche?	<input type="checkbox"/> → (bitte benennen):

46. Wir möchten Sie bitten, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im folgenden eine Reihe von Aussagen.

Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft. Wenn Sie derzeit nicht im Arbeitsleben stehen, antworten Sie bitte so, wie es für Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit zutreffend war. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft überhaupt nicht zu				trifft
	0	1	2	3	völlig zu
Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Partner/Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit ist mein ein und alles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Karriere bedeutet mir wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misserfolge kann ich nur schwer verkraften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ein ruheloser Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im großen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu				trifft völlig zu
	0	1	2	3	4
Von meinem Partner/meiner Partnerin wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was immer ich tue, es muss perfekt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles geglückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen in meiner Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Arbeit verausgabe ich mich stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich um so mehr an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun folgen einige Fragen zu Ihrem Berufsleben. Beantworten Sie die Fragen bitte auch, wenn Sie nur zeitweise nicht erwerbstätig sind (z.B. wegen Arbeitslosigkeit, Krankheit, Erziehungsurlaub). Wenn Sie hingegen aus dem aktiven Erwerbsleben ausgeschieden sind (z.B. Rentner/in, Hausfrau/-mann), machen Sie bitte auf Seite 19 mit Frage D1 weiter.

47. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie regelmäßig den folgenden Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Wenn eine Belastung bei Ihnen vorkommt, geben Sie bitte auch an, ob Sie deswegen gesundheitliche Beschwerden haben. Wenn sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit. *(Sie können in einer Zeile auch 2 Kreuze machen.)*

	Ja, belastet mich regelmäßig	Ja, Belastung führt zu Beschwerden
unangenehme, einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorwiegend stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorwiegend hockend, kniend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Gegenstände tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Schadstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub, Schmutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch, Ruß, Gase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze, Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe, feuchte Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit im Freien, ungeschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungünstige Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibration, Erschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überforderung, zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit- oder Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Konzentration, Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gleichförmige, monotone Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
widersprüchliche Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungskontrolle, -druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie wegen gesundheitlicher Probleme in Ihrem Beruf eingeschränkt sind. *(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)*

Können Sie wegen gesundheitlicher Probleme oder Behinderungen ...

- ... nicht mehr in Ihrem ursprünglich erlernten Beruf arbeiten?
- ... nicht mehr im zeitlich vollen Umfang arbeiten?
- ... nur noch arbeiten, indem Sie häufiger Pausen einlegen?
- ... Ihre Tätigkeit nur noch ausüben, wenn Sie spezielle Hilfsmittel benutzen?
- ... nur noch in einer speziellen Umgebung (z.B. beschützende Werkstatt) arbeiten?
- Ich habe keine derartigen Einschränkungen

49. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer gegenwärtigen (oder letzten) Arbeit (gewesen)?
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Zufriedenheit mit...	sehr zufrieden					sehr unzufrieden	
	1	2	3	4	5	6	7
Ihren Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>						
Ihren unmittelbaren Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/>						
Ihren Arbeitsbedingungen (Hilfsmittel, Räume, Ausstattung etc.)	<input type="checkbox"/>						
der Organisation und Leitung Ihres Betriebes (mit Vorschriften, Informationen, Zusammenarbeit)	<input type="checkbox"/>						
Ihrem bisherigen beruflichen Werdegang	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Bezahlung	<input type="checkbox"/>						
der Anerkennung in Ihrem Beruf	<input type="checkbox"/>						
der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>						
der Anleitung	<input type="checkbox"/>						
der Verantwortung	<input type="checkbox"/>						
der Arbeitsplatzsicherheit	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Arbeit insgesamt	<input type="checkbox"/>						

50. Falls Sie zur Zeit erwerbstätig sind: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft überhaupt nicht zu				trifft völlig zu
	0	1	2	3	4
Meine Arbeit ist zu schwer für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit könnte meiner Gesundheit schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit verschlimmert meinen Gesundheitszustand oder wird ihn verschlimmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinem augenblicklichen Befinden sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne spezielle Behandlung kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Berufsausübung durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Sicht eingeschränkt sind? *(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)*

nicht eingeschränkt etwas eingeschränkt stark eingeschränkt

52. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? *(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)*

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

- | | |
|---|---|
| in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. <input type="checkbox"/> | eine Rente beantragen werde. <input type="checkbox"/> |
| in meinem Beruf, aber auf einem anderen Arbeitsplatz, weiterhin arbeiten kann. <input type="checkbox"/> | eine Rente bekommen werde. <input type="checkbox"/> |
| in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. <input type="checkbox"/> | arbeitslos sein werde. <input type="checkbox"/> |
| eine andere Arbeit suchen will. <input type="checkbox"/> | krankgeschrieben werde. <input type="checkbox"/> |
| überhaupt nicht mehr arbeiten kann. <input type="checkbox"/> | Ich weiß es noch nicht. <input type="checkbox"/> |

Abschließend möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer sozialen Situation stellen.

D1. Allgemeine Angaben

Herkunftsland:

Nationalität:

D2. Wie ist Ihr Familienstand?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | |

D3. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Personen insgesamt, davon:

Kinder, davon:

pflegebedürftige Personen, davon:

Kinder unter 6 Jahre

(chronisch) kranke oder behinderte Personen

Kinder von 6 - 12 Jahre

ältere, pflegebedürftige Personen

Kinder älter als 12 Jahre

D4. Wie ist Ihre Haushaltssituation?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alleinstehend | <input type="checkbox"/> mit Partner/in |
| <input type="checkbox"/> alleinerziehend | <input type="checkbox"/> mit Partner/in und Kindern |
| <input type="checkbox"/> mit Eltern | |

D5. Aus welchen Quellen beziehen Sie zur Zeit Ihr Einkommen?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen | <input type="checkbox"/> Wohngeld |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> BAföG |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosenhilfe | <input type="checkbox"/> Rente |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsgeld | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistung | |

D6. Wie hoch ist das monatliche Einkommen, welches Ihr Haushalt insgesamt zur Verfügung hat? Gemeint ist das Nettoeinkommen, d.h. die Summe aller Einkünfte abzüglich Steuern und Sozialabgaben.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 € | <input type="checkbox"/> 500 € bis 999 € |
| <input type="checkbox"/> 1.000 € bis 1.499 € | <input type="checkbox"/> 1.500 € bis 1.999 € |
| <input type="checkbox"/> 2.000 € bis 2.499 € | <input type="checkbox"/> 2.500 € bis 2.999 € |
| <input type="checkbox"/> 3.000 € bis 3.499 € | <input type="checkbox"/> 3.500 € und mehr |

D7. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hauptschule/Volksschule | <input type="checkbox"/> Abitur / allgemeine Hochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluss | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule 10. Klasse | <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss  |
| <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule 8. Klasse (vor 1965) | <input type="text" value="welchen?"/> |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | |

D8. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lehre (berufliche, betriebliche Ausbildung) | <input type="checkbox"/> Fachschule
(Meister-/Technikerschule, Berufs-/Fachakademie) |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule | <input type="checkbox"/> Universität, Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Ich habe (noch) keinen beruflichen Abschluss | |

D9. Welchen Beruf haben Sie erlernt?

bitte benennen:

D10. Welche berufliche Tätigkeit haben Sie am längsten ausgeübt?

bitte benennen:

D11. Wie lange haben Sie diese Tätigkeit ausgeübt?

Jahre Monate

D12. In welcher hauptberuflichen Stellung sind Sie zur Zeit oder waren Sie zuletzt beschäftigt?

- | | |
|------------------------|--|
| Arbeiter | <input type="checkbox"/> ungelernter oder angelernter Arbeiter |
| | <input type="checkbox"/> gelernter Arbeiter / Facharbeiter |
| | <input type="checkbox"/> Arbeiter mit Vorgesetztenfunktion (z. B. Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier) |
| Angestellter | <input type="checkbox"/> Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, Kontorist) |
| | <input type="checkbox"/> Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter) |
| | <input type="checkbox"/> Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wiss. Angestellter, Abteilungsleiter) |
| | <input type="checkbox"/> Angestellter mit umfassender Tätigkeit (z. B. Direktor, Geschäftsführer) |
| Selbstständiger | <input type="checkbox"/> selbständig in Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung |
| | <input type="checkbox"/> selbstständiger Landwirt |
| | <input type="checkbox"/> Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt) |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> mithelfender Familienangehöriger |
| | <input type="checkbox"/> sonstige (z. B. Auszubildender, Studierender, Wehrpflichtiger, Praktikant) |

D13. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?

bitte benennen:

D14. Wie lange üben Sie Ihre jetzige Tätigkeit aus bzw. haben Sie Ihre letzte Tätigkeit ausgeübt?

Monate Jahre

D15. In welchem Wirtschaftsbereich sind Sie tätig bzw. waren Sie zuletzt tätig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Handwerk |
| <input type="checkbox"/> Privatwirtschaftlicher Dienstleistungssektor | <input type="checkbox"/> Öffentliche Unternehmen, öffentliche Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft | <input type="checkbox"/> sonstiges |

D16. Wieviele Beschäftigte hat bzw. hatte das Unternehmen, in dem Sie zur Zeit beschäftigt sind bzw. zuletzt beschäftigt waren?

Beschäftigte

D17. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ganztags berufstätig | <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig | <input type="checkbox"/> Pflege bedürftiger Personen in Haushalt und Familie |
| <input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig | <input type="checkbox"/> nicht mehr berufstätig (Rentenbezug) |
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | <input type="checkbox"/> arbeitslos / erwerbslos – seit → <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Monat / Jahr) |

D18. Falls Sie erwerbstätig sind, wurde Ihnen von Ihrem jetzigen Arbeitgeber eine Kündigung angedroht oder ist diese schon erfolgt?

weder noch
 Kündigung angedroht
 Kündigung erfolgt

D19. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?

nein
 ja — seit —> Wochen

D20. Wie oft und wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

mal, insgesamt Wochen

D21. Wie oft und wie lange waren Sie wegen der selben Krankheit krankgeschrieben, die zur Rehaaufnahme geführt hat?

mal, insgesamt Wochen

D22. Hat der Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung oder ein Arbeitsversuch stattgefunden?

nein
 ja — falls ja —> der Versuch war erfolgreich.
 der Versuch war erfolglos.
 von der Krankenkasse ausgesteuert. — am —> / (Monat / Jahr)

D23. Beziehen Sie eine Rente?

nein
 ja — falls ja —> Vollrente — seit —> / (Monat / Jahr)
 Teilrente — seit —> / (Monat / Jahr)
 Teilrente wegen Berufsunfähigkeit — seit —> / (Monat / Jahr)
 BG-Unfallrente — seit —> / (Monat / Jahr)
 — falls ja —> Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE): (%)
 sonstige Rente — seit —> / (Monat / Jahr)

D24. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?

nein
 ja
 geplant
 abgelehnt

D25. Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung?

nein — falls nein —> Haben Sie einen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt?
 nein ja geplant abgelehnt
 ja — falls ja —> Grad der Behinderung (GdB): (%)
 — falls ja —> Haben Sie einen Verschlimmerungsantrag gestellt?
 nein ja geplant abgelehnt

D26. Führen Sie eine Sozialgerichtsklage?

nein
 ja — wegen —> geplant — wegen —> abgelehnt
 bitte benennen:

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt. Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit und freuen uns, Sie bald in unserer Klinik begrüßen zu können!



0534467920



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieser Fragebogen wird maschinell verarbeitet. Die Nummern am oberen Seitenrand dienen ausschließlich dieser Verarbeitung und lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens geben:

Für eine fehlerfreie Bearbeitung verwenden Sie bitte einen dünnen schwarzen oder blauen Stift.

Bei den meisten Fragen genügt es, wenn Sie in eines der Antwortkästchen ein Kreuz machen.

Beispiel:

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

	keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen tragen Sie bitte Zahlen oder einen Text in die vorgesehen Felder ein. Versuchen Sie bitte darauf zu achten, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten sechs Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen nicht nachgehen?

Tage und in den letzten 14 Tagen?: Tage

Beispiel

Was würde Ihnen bei Ihrer jetzt beginnenden Rehabilitation aus Ihrer Sicht am meisten helfen?
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie zutreffende an.)

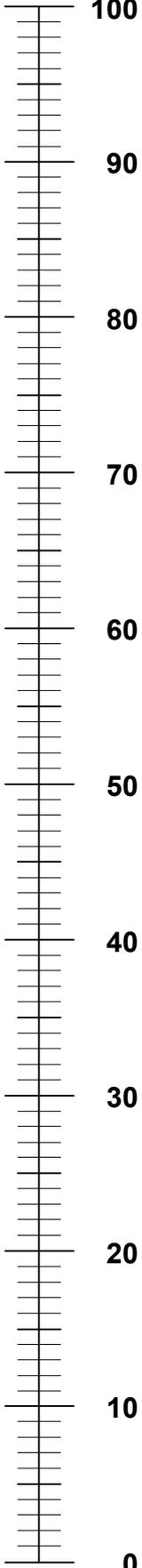
	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Bäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viel Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	→ (bitte benennen): <i>Entspannungstherapie</i>			

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Beginnen Sie jetzt bitte auf der folgenden Seite mit der Beantwortung der Frage 1.

1. Zu allererst würden wir gern von Ihnen wissen, wie Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand einschätzen.

Bester denkbarer Gesundheitszustand



100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Schlechtester denkbarer Gesundheitszustand

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir rechts eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit einer "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte kreuzen Sie dazu den Strich auf der Skala an, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

In den nächsten 3 Fragen geht es um Ihre **Schmerzen** und deren **Stärke**. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben / hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

2. Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

4. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Beurteilung der absolvierten Rehabilitationsmaßnahme.

5. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben, beurteilen?

ausgezeichnet weniger gut
 gut schlecht

6. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

eindeutig nicht im allgemeinen ja
 eigentlich nicht eindeutig ja

7. In welchem Maße hat die Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen
 sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen

8. Würden Sie einem Freund/einer Freundin die Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?

eindeutig nicht im allgemeinen ja
 eigentlich nicht eindeutig ja

9. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, die Sie erhalten haben?

ziemlich unzufrieden weitgehend zufrieden
 leicht unzufrieden sehr zufrieden

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?

ziemlich unzufrieden weitgehend zufrieden
 leicht unzufrieden sehr zufrieden

11. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

ja, sie half eine ganze Menge nein, sie half eigentlich nicht
 ja, sie half etwas nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht

12. Würden Sie wieder in diese Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?

eindeutig nicht ich glaube ja
 ich glaube nicht eindeutig ja

13. Am Beginn der Rehabilitation haben Sie uns in einem Fragebogen beantwortet, was Sie sich vom Reha-Aufenthalt erhofften. Uns interessiert jetzt, inwieweit sich diese Hoffnungen erfüllt haben.
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Hier hatte man Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte hier viel Ruhe.	<input type="checkbox"/>				
Ich erhielt intensive pflegerische Betreuung.	<input type="checkbox"/>				
Die Reha-Klinik bot viele verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten an.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe hier erfahren, was mir fehlt.	<input type="checkbox"/>				
Die Ärzte haben mir erklärt, wie meine Behandlung im Einzelnen ablaufen wird.	<input type="checkbox"/>				
Mit mir wurde auch über meine persönlichen Probleme gesprochen.	<input type="checkbox"/>				
Mir wurde Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten.	<input type="checkbox"/>				
Meine Angehörigen wurden in die psychologische Betreuung einbezogen.	<input type="checkbox"/>				
Mir wurde seelsorgerische Betreuung angeboten.	<input type="checkbox"/>				
Die Rehabilitation hat zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beigetragen.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe eine Beratung in sozialrechtlichen und finanziellen Fragen erhalten	<input type="checkbox"/>				

14. Wie bedeutsam waren folgende Faktoren der Reha-Behandlung für Sie?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Bäder	<input type="checkbox"/>				
Massagen	<input type="checkbox"/>				
Gymnastik, Sport	<input type="checkbox"/>				
Kunsttherapeutisches Angebot (Malen, Tanz-, Musiktherapie)	<input type="checkbox"/>				
Arbeits-/Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>				
Entspannungstherapien	<input type="checkbox"/>				
Ernährungsberatung, Diät	<input type="checkbox"/>				
viel Freizeit	<input type="checkbox"/>				
Unterhaltungsangebote	<input type="checkbox"/>				
Berufsbezogene Beratung	<input type="checkbox"/>				
Berufsbezogene Therapie	<input type="checkbox"/>				
Psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>				
sonstige	<input type="checkbox"/>				

welche? → bitte benennen:

15. Es könnte sein, daß Sie sich während Ihres Aufenthaltes in der Reha-Klinik nicht wohl gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie an, ob dies bei Ihnen in den genannten Bereichen der Fall war.

(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich litt unter Heimweh. | <input type="checkbox"/> Ich hatte Angst vor der medizinischen Betreuung. |
| <input type="checkbox"/> Ich wurde hier allein gelassen. | <input type="checkbox"/> Ich hatte Angst vor der psychologischen Betreuung. |
| <input type="checkbox"/> Mein Familienleben oder meine Partnerschaft wurden belastet. | <input type="checkbox"/> Ich hatte andere Ängste oder Befürchtungen. <small>welche?</small> |
| <input type="checkbox"/> Mich hat belastet, daß ich schwerkranken Menschen begegnet bin. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> |
| <input type="checkbox"/> Mir fiel die Trennung von meiner gewohnten Umgebung und meinen Angehörigen schwer. | |

16. In welchen Bereichen hat Ihnen die Reha-Behandlung am ehesten geholfen?

(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung des seelischen Wohlbefindens | <input type="checkbox"/> Geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Reha-Maßnahme |
| <input type="checkbox"/> Entspannung von Streß und Alltagsorgen | <input type="checkbox"/> Verhinderung vorzeitiger Berentung |
| <input type="checkbox"/> Verringerung der Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> sonstige <small>welche?</small> |
| <input type="checkbox"/> Nachlassen von Beschwerden <small>welche?</small> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> |

17. Welche der folgenden Aspekte der Reha-Maßnahme waren aus Ihrer Sicht zu beanstanden?

(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mangel an individueller Betreuung | <input type="checkbox"/> Unterkunft |
| <input type="checkbox"/> Diagnostik | <input type="checkbox"/> Essen |
| <input type="checkbox"/> Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentationsaufwand |
| <input type="checkbox"/> Ergonomietraining | <input type="checkbox"/> sonstiges <small>welche?</small> |
| <input type="checkbox"/> zeitlicher Ablauf | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> |
| <input type="checkbox"/> Beratung | |

18. Welche der nachfolgenden Empfehlungen für weitere Maßnahmen nach Ihrer Rehabilitation haben Sie erhalten? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> weitere diagnostische Klärung | <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung |
| <input type="checkbox"/> eine stationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Rehabilitationssport |
| <input type="checkbox"/> eine Operation | <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Funktionstraining |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> eine stufenweise Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> eine spezielle Nachsorge | <input type="checkbox"/> Berufsfördernde Maßnahmen |
| <input type="checkbox"/> Verzicht auf Alkohol | <input type="checkbox"/> sonstige Anregung <small>welche?</small> |
| <input type="checkbox"/> Verzicht auf Nikotin | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;">bitte benennen:</div> |
| <input type="checkbox"/> eine Vorstellung bei der Suchtberatung | |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer ambulanten Suchtrehabilitation | |

19. Wie gut fühlten Sie sich im Rahmen der Abschlussbesprechung in Bezug auf die Ergebnisse und möglichen Konsequenzen Ihrer Rehabilitationsmaßnahme informiert?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	ausgezeichnet	gut	ausreichend	weniger gut	völlig unzureichend
in Bezug auf die Ergebnisse	<input type="checkbox"/>				
in Bezug auf die Konsequenzen	<input type="checkbox"/>				

20. Vor Beginn der Rehabilitation fragten wir Sie, mit welcher Haltung Sie Ihrer Reha-Behandlung entgegen sehen. Hat sich nach Ihrem Klinikaufenthalt an Ihrer Haltung etwas geändert?

(Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.)

Meine Haltung zur Reha-Behandlung ist nun...

- optimistischer als vor der Rehamaßnahme.
- skeptischer als vor der Rehamaßnahme.
- gleich geblieben.
- Kann ich nicht sagen.

Unter Umständen absolvierten Sie in unserer Klinik eine sogenannte medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBO - EFL), deren Ziel es ist, Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Problemen und Erwerbstätigkeit zu erkennen, zu dokumentieren und - soweit möglich - zu behandeln. Die folgenden 2 Fragen beantworten Sie bitte nur, wenn Sie diese spezielle Rehabilitationsmaßnahme absolvierten (MBO - EFL), ansonsten machen Sie bitte mit Frage 23 auf der nächsten Seite weiter.

21. Wie gut fühlten Sie sich über die medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBO - EFL) informiert?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	ausgezeichnet	gut	ausreichend	weniger gut	völlig unzureichend
vor der Maßnahme	<input type="checkbox"/>				
während der Maßnahme	<input type="checkbox"/>				

22. Im Verlauf Ihrer Rehabilitationsmaßnahme hatten Sie mit unterschiedlichen Therapeuten und Mitarbeitern der Klinik Kontakt. Wie gut fühlten Sie sich von den einzelnen Therapeuten und Mitarbeitern über die medizinisch-berufliche Rehabilitation (MBO - EFL) informiert?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	ausgezeichnet	gut	ausreichend	weniger gut	völlig unzureichend	trifft nicht zu
Stationsarzt	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsmediziner	<input type="checkbox"/>					
Psychologe	<input type="checkbox"/>					
Krankengymnast	<input type="checkbox"/>					
Ergo-/Beschäftigungstherapeut	<input type="checkbox"/>					
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>					
Reha-Assistent	<input type="checkbox"/>					
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>					
Andere	<input type="checkbox"/>					

welche? → bitte benennen:

Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Die folgenden Fragen beziehen sich deshalb ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung .

23. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Aussagen so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie bitte jeweils nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Antrieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber nicht allzu stark
 überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel wie immer darum

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
 eher weniger als früher
 nicht sehr
 kaum bis gar nicht

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

27. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Wenn ich mich gesund (z.B. fettarm) ernähren würde,

... dann ist das gut für meine Blutfettwerte (Cholesterin).

...dann habe ich keine Gewichtsprobleme (mehr).

... dann fühle ich mich beim Essen stark eingeschränkt.

trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu
-----------------	----------------------	---------------------	----------------	-----------------

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv wäre,

... dann habe ich weniger Gewichtsprobleme.

... dann ist das gut für meine Gesundheit.

... dann kostet mich das jedesmal eine Menge Zeit.

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Wenn ich künftig (weiterhin) nicht rauche,

... dann ist das gut für meine Gesundheit.

... dann bin ich weniger anfällig für Krankheiten.

... dann beeinträchtigt das mein geselliges Leben (z.B. bei Feiern, im Verein, mit Freunden).

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

28. Es gibt manchmal Hindernisse, die es einem schwer machen, seine Ernährung umzustellen. Wie sicher sind Sie, daß Sie solche Hindernisse überwinden könnten?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Ich kann mich auch dann gesund (z. B. fettarm) ernähren,

... wenn ich deshalb nicht alles essen kann, worauf ich Lust habe.

...wenn ich dafür mehr Zeit aufwenden muß.

... wenn ich deshalb mehr Geld ausgeben muß.

sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
---------------	---------------	---------------	-------------	-------------

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

29. Es gibt manchmal Schwierigkeiten, die es einem schwer machen, regelmäßig sportlich aktiv zu sein. Wie sicher sind Sie, daß Sie trotz solcher Schwierigkeiten sportlich aktiv sein könnten?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Ich kann eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben,

... wenn ich müde oder abgespannt bin.

...wenn schlechtes Wetter ist.

... wenn ich dafür auf andere Freizeitaktivitäten verzichten muß.

sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
---------------	---------------	---------------	-------------	-------------

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

30. Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie Raucher sind oder innerhalb der vergangenen 6 Monate mit dem Rauchen aufgehört haben. Es gibt manchmal Situationen, die es einem schwer machen, mit dem Rauchen aufzuhören. Wie sicher sind Sie, daß Sie trotz solcher Schwierigkeiten auf das Rauchen verzichten könnten?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Ich kann auch dann auf das Rauchen verzichten,

... wenn sich mein Gesundheitszustand dadurch nicht sofort verbessert.

... wenn ich mit Freunden/Arbeitskollegen zusammen bin, die rauchen.

...wenn ich ein starkes Verlangen nach einer Zigarette habe.

sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
---------------	---------------	---------------	-------------	-------------

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

31. In diesem Teil geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen. Bitte entscheiden Sie sich bei jeder Aussage für eine der fünf Einschätzungen. Scheuen Sie sich nicht, auch extreme Werte anzukreuzen, wenn dies für Sie zutrifft. Es gibt dabei keine "richtigen" oder "falschen" Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen an der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht. Bitte achten Sie darauf, daß Sie alle Aussagen beantworten. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von "Menschen" oder von "Freunden / Angehörigen" die Rede ist, dann sind die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind.

	trifft nicht zu				trifft genau zu
	1	2	3	4	5
Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
Meinen Freunden / Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="checkbox"/>				
Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="checkbox"/>				
Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>				
Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne ausgehe.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Freunde / Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>				
Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache	<input type="checkbox"/>				
Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="checkbox"/>				
Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen).	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne daß es peinlich wird.	<input type="checkbox"/>				

32. Zu welchem Zeitpunkt, denken Sie, Ihre bisherige oder auch eine andere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen zu können?

- sofort
 in den nächsten 4 Wochen
 in den nächsten 3 Monaten
 in den nächsten 6 Monaten
 später als in 6 Monaten
 ich weiß nicht

33. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Berufsausübung durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Zeit eingeschränkt sind?

- nicht eingeschränkt
 etwas eingeschränkt
 stark eingeschränkt

34. Glauben Sie, dass Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit weiter fortsetzen können?

- ja nein —falls nein—> Geben Sie bitte im nachfolgenden Kästchen die Gründe dafür an.

35. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- Trifft für mich nicht zu, da ich nicht (mehr) berufstätig bin.

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. | <input type="checkbox"/> eine Rente beantragen werde. |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf, aber auf einem anderen Arbeitsplatz, weiterhin arbeiten kann. | <input type="checkbox"/> eine Rente bekommen werde. |
| <input type="checkbox"/> in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. | <input type="checkbox"/> arbeitslos sein werde. |
| <input type="checkbox"/> eine andere Arbeit suchen will. | <input type="checkbox"/> krankgeschrieben werde.
_____ |
| <input type="checkbox"/> überhaupt nicht mehr arbeiten kann. | <input type="checkbox"/> Ich weiß es noch nicht. |

**Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!**

"Patientenbefragung"

**Humboldt-Universität
zu Berlin**

**Klinik
*Niedersachsen***

Erhebungsbogen
6 Monate nach
Ende der Rehabilitation
(Katamnese)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieser Fragebogen wird maschinell verarbeitet. Die Nummern am oberen Seitenrand dienen ausschließlich dieser Verarbeitung und lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens geben:

Für eine fehlerfreie Bearbeitung verwenden Sie bitte einen dünnen schwarzen oder blauen Stift.

Bei den meisten Fragen genügt es, wenn Sie in eines der Antwortkästchen ein Kreuz machen.

Beispiel:

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen **4 Wochen**?

	keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einigen Fragen tragen Sie bitte Zahlen oder einen Text in die vorgesehenen Felder ein. Versuchen Sie bitte darauf zu achten, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten sechs Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen nicht nachgehen?

Tage

und in den letzten 14 Tagen?: Tage

Beispiel

Was würde Ihnen bei Ihrer jetzt beginnenden Rehabilitation aus Ihrer Sicht am meisten helfen?

	überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
Bäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diät	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viel Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input checked="" type="checkbox"/>	→ (bitte benennen):			

Entspannungstherapie

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Beginnen Sie jetzt bitte auf der folgenden Seite mit der Beantwortung der Frage 1.

Klinik-ID:

Patientennummer:

1. Zu allererst würden wir gern von Ihnen wissen, wie Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand einschätzen.

Bester denkbarer Gesundheitszustand

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

Schlechtester denkbarer Gesundheitszustand

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir links eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit einer "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte kreuzen Sie dazu den Strich auf der Skala an, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

2. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

3. Im Vergleich zum Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus der Reha-Klinik vor zirka 6 Monaten, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

derzeit viel besser derzeit etwas besser etwa wie vor einem Jahr derzeit etwas schlechter derzeit viel schlechter

4. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

8. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark

9. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

10. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, daß Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
... sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
... voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
... erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
... glücklich?	<input type="checkbox"/>					
... müde?	<input type="checkbox"/>					

11. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

immer meistens manchmal selten nie

12. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den nächsten 3 Fragen geht es um Ihre Schmerzen und deren Stärke. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben / hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

13. Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

14. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

15. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Nun interessiert uns das Ausmaß, in dem Sie in verschiedenen Bereichen Ihres Lebens durch die Schmerzen beeinträchtigt werden. Mit anderen Worten: Wie sehr hindern Sie die Schmerzen, ein normales Leben zu führen? Beurteilen Sie jeweils den gesamten Einfluss, den die Schmerzen gegenwärtig besitzen. Berücksichtigen Sie nicht nur die Zeiten, in denen die Schmerzen am schlimmsten sind. Wir bitten Sie, für jeden der aufgeführten sieben Lebensbereiche die Zahl anzukreuzen, die die typische Stärke Ihrer Behinderung beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass alle Tätigkeiten, die Sie normalerweise ausführen würden, durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt oder behindert werden.

16. Familiäre und häusliche Verpflichtungen

Dieser Bereich bezieht sich auf alle Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und die Wahrnehmung von Aufgaben um das Haus (z.B. Gartenarbeit) sowie Besorgungen und Gefälligkeiten für andere Familienmitglieder (z.B. Kinder zur Schule bringen).

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

17. Erholung

Dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und ähnliche Freizeitaktivitäten.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

18. Soziale Aktivitäten

Dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten. Er schließt Feste, Theater- und Konzertbesuche, essen gehen und andere soziale Aktivitäten ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

19. Beruf

Dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

20. Sexualleben

Dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

21. Selbstversorgung

Dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen (sich waschen, sich anziehen, Auto fahren, usw.), und bei denen man nicht auf fremde Hilfe angewiesen ist.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

22. Lebensnotwendige Tätigkeiten

Dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen. Er ist grundlegend für die anderen Lebensbereiche.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Die folgenden Fragen beziehen sich deshalb ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung .

23. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Aussagen so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte jeweils nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber nicht allzu stark
 überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel wie immer darum

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
 eher weniger als früher
 nicht sehr
 kaum bis gar nicht

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

24. Rauchen Sie zur Zeit?

nein ja — falls ja, wie viele? —> Zigaretten pro Tag

Hat sich Ihr Zigarettenkonsum seit der Rehabilitation verändert?

mehr geworden weniger geworden gleich geblieben

25. Wie häufig nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

fast jeden Tag 2-4mal pro Woche 2-4mal pro Monat seltener überhaupt nicht

Hat sich Ihr Alkoholkonsum seit der Rehabilitation verändert?

mehr geworden weniger geworden gleich geblieben

26. Wie häufig nehmen Sie Schmerzmittel ein?

fast jeden Tag 2-4mal pro Woche 2-4mal pro Monat seltener überhaupt nicht

Hat sich Ihr Schmerzmittelkonsum seit der Rehabilitation verändert?

mehr geworden weniger geworden gleich geblieben

27. Wie häufig nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?

fast jeden Tag 2-4mal pro Woche 2-4mal pro Monat seltener überhaupt nicht

Hat sich Ihr Konsum von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln seit der Rehabilitation verändert?

mehr geworden weniger geworden gleich geblieben

28. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Freizeit- oder Leistungssport betrieben?

- Nein**, ich betreibe keinen Sport.
- Ja**, 1 bis weniger als 2 Stunden jede Woche.
- Ja**, unregelmäßig.
- Ja**, 2 bis weniger als 4 Stunden jede Woche.
- Ja**, weniger als 1 Stunde jede Woche.
- Ja**, 4 und mehr Stunden jede Woche.

Hat sich Ihre sportliche Betätigung nach der Reha-Maßnahme verändert?

mehr geworden weniger geworden gleich geblieben

29. Wie stark können Sie den folgenden Aussagen zustimmen?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich muß unbedingt etwas tun, um meine angeschlagene Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muß unbedingt etwas tun, um körperlich fitter zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So wie ich bis jetzt mit meinem Körper umgegangen bin, darf es nicht weitergehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich angestrengt habe und außer Atem bin, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr für meine Kondition tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich im Spiegel betrachte, dann denke ich, ich sollte eigentlich mehr für meine Figur tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muß unbedingt etwas tun, um seelisch wieder besser ins Gleichgewicht zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mich meine körperlichen Beschwerden plagen, dann denke ich, ich sollte gesundheitsbewußter leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)*

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu
Wenn ich mich gesund (z.B. fettarm) ernähren würde,					
... dann ist das gut für meine Blutfettwerte (Cholesterin).	<input type="checkbox"/>				
...dann habe ich keine Gewichtsprobleme (mehr).	<input type="checkbox"/>				
... dann fühle ich mich beim Essen stark eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv wäre,					
... dann habe ich weniger Gewichtsprobleme.	<input type="checkbox"/>				
... dann ist das gut für meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
... dann kostet mich das jedesmal eine Menge Zeit.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich künftig (weiterhin) nicht rauche,					
... dann ist das gut für meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
... dann bin ich weniger anfällig für Krankheiten.	<input type="checkbox"/>				
... dann beeinträchtigt das mein geselliges Leben (z.B. bei Feiern, im Verein, mit Freunden).	<input type="checkbox"/>				

31. Es gibt manchmal Hindernisse, die es einem schwer machen, seine Ernährung umzustellen. Wie sicher sind Sie, daß Sie solche Hindernisse überwinden könnten?*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)*

	sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
Ich kann mich auch dann gesund (z. B. fettarm) ernähren,					
... wenn ich deshalb nicht alles essen kann, worauf ich Lust habe.	<input type="checkbox"/>				
...wenn ich dafür mehr Zeit aufwenden muß.	<input type="checkbox"/>				
... wenn ich deshalb mehr Geld ausgeben muß.	<input type="checkbox"/>				

32. Es gibt manchmal Schwierigkeiten, die es einem schwer machen, regelmäßig sportlich aktiv zu sein. Wie sicher sind Sie, daß Sie trotz solcher Schwierigkeiten sportlich aktiv sein könnten?*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)*

	sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
Ich kann eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausüben,					
... wenn ich müde oder abgespant bin.	<input type="checkbox"/>				
...wenn schlechtes Wetter ist.	<input type="checkbox"/>				
... wenn ich dafür auf andere Freizeitaktivitäten verzichten muß.	<input type="checkbox"/>				

33. Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie Raucher sind oder innerhalb der vergangenen 6 Monate mit dem Rauchen aufgehört haben. Es gibt manchmal Situationen, die es einem schwer machen, mit dem Rauchen aufzuhören. Wie sicher sind Sie, daß Sie trotz solcher Schwierigkeiten auf das Rauchen verzichten könnten?*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)*

	sehr unsicher	eher unsicher	teils / teils	fast sicher	ganz sicher
Ich kann auch dann auf das Rauchen verzichten,					
... wenn sich mein Gesundheitszustand dadurch nicht sofort verbessert.	<input type="checkbox"/>				
... wenn ich mit Freunden/Arbeitskollegen zusammen bin, die rauchen.	<input type="checkbox"/>				
...wenn ich ein starkes Verlangen nach einer Zigarette habe.	<input type="checkbox"/>				

34. Welche Vorsätze haben Sie für die nächste Zeit?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile auf der Skala von 1 bis 7 das für Sie Zutreffende an.)

Ich habe mir vorgenommen...	überhaupt nicht.	Diesen Vorsatz habe ich...					ganz stark.
	1	2	3	4	5	6	7
...gesünder zu leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...während der nächsten Monate möglichst gesund zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mehr für meine Gesundheit zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...innerhalb der nächsten Wochen mit dem Rauchen aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...während der nächsten Monate weniger Alkohol zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...während der nächsten Monate regelmäßig (wenigstens 1x pro Woche) sportlich aktiv zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...während der nächsten Monate abzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Ihr Reha-Aufenthalt liegt nun etwa 6 Monate zurück. Alles in allem, meinen Sie, dass Ihnen die Reha-Maßnahme geholfen hat?

- hat gar nicht geholfen
- hat etwas geholfen
- hat sehr geholfen
- weiß nicht

36. In welchen Bereichen hat Ihnen die Reha-Behandlung am ehesten geholfen?

(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des seelischen Wohlbefindens
- Entspannung von Streß und Alltagssorgen
- Verringerung der Medikamenteneinnahme
- Nachlassen von Beschwerden welche?
- Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Reha-Maßnahme
- Verhinderung vorzeitiger Berentung
- sonstige welche?

bitte benennen:

bitte benennen:

37. Sie haben vielleicht im Verlauf Ihres Aufenthaltes in der Rehaklinik neue Trainings- und Bewegungsabläufe (z.B. zur Schmerzvermeidung) vermittelt bekommen. Diese sollen dazu beitragen, mit den alltäglichen Anforderungen besser zurecht zu kommen. Konnten Sie diese Trainings- und Bewegungsabläufe im Anschluss an Ihren Reha-Aufenthalt für sich nutzen?

in Alltag / Freizeit:

- überhaupt nicht
- ein bißchen
- mäßig
- ziemlich
- sehr

im Beruf (falls zutreffend):

- überhaupt nicht
- ein bißchen
- mäßig
- ziemlich
- sehr

Trifft für mich nicht zu, da ich an einem Bewegungstraining nicht teilgenommen habe.

38. Über dieses allgemeine Training hinaus sollen in der Rehabilitation spezielle arbeitsbezogene Trainings- und Bewegungsabläufe (z.B. richtiges Sitzen am Arbeitsplatzes) vermittelt werden. Konnten Sie diese für Ihre konkrete Arbeitssituation nutzen?

- überhaupt nicht
- ein bißchen
- mäßig
- ziemlich
- sehr

Trifft für mich nicht zu, da ich an einem arbeitsbezogenen Bewegungstraining nicht teilgenommen habe.

Trifft für mich nicht zu, da ich seit dem Ende der Reha-Maßnahme nicht berufstätig gewesen bin.

39. Haben sie während Ihrer Reha-Maßnahme an einem Modellarbeitsplatztraining (z.B. für Bürotätigkeiten oder handwerkliche Berufe) teilgenommen.?

ja nein —————> **Falls nein, überspringen Sie bitte die Frage 40.**

40. Wenn ja, konnten Sie die dort erlernten Trainingsregeln an Ihrem Arbeitsplatz nutzen?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

Trifft für mich nicht zu, da ich seit dem Ende der Reha-Maßnahme nicht berufstätig gewesen bin.

41. Haben sie während Ihrer Reha-Maßnahme an einer berufsorientierten Gesprächsgruppe, die sich mit Themen wie Mobbing, Stressverarbeitung oder Arbeitszufriedenheit usw. beschäftigt, teilgenommen ?

ja nein —————> **Falls nein, überspringen Sie bitte die Frage 42.**

42. Wenn ja, halfen Ihnen die dort behandelten Themen mit den alltäglichen beruflichen Anforderungen besser zurecht zu kommen?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

Trifft für mich nicht zu, da ich seit dem Ende der Reha-Maßnahme nicht berufstätig gewesen bin.

43. Hat die Vermittlung von gesundheits- und berufsbezogenen Kenntnissen während der Reha-Maßnahme Ihr weiteres Arbeitsleben positiv beeinflusst?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

Trifft für mich nicht zu, da ich seit dem Ende der Reha-Maßnahme nicht berufstätig gewesen bin.

44. Haben Sie wegen gesundheitsbedingter beruflicher Probleme ein eingehendes Beratungsgespräch mit einem Reha-Fachberater geführt?

ja — falls ja, wann? —> während der Maßnahme nach der Maßnahme sowohl als auch

nein —————> **Falls nein, machen Sie bitte weiter mit Frage 49.**

45. Wurden Sie von einem Fachberater Ihrer Rentenversicherung oder des Arbeitsamtes unterstützt?

Fachberater der Rentenversicherung Fachberater des Arbeitsamtes sowohl als auch weiß nicht

46. Wenn eine Beratung stattgefunden hat, sind dadurch die aus Ihrer Sicht notwendigen Veränderungen bezüglich Ihrer beruflichen Situation in die Wege geleitet worden?

ja nein kann ich nicht beurteilen

47. Hat die Beratung dazu geführt, daß Sie ein Gespräch mit Ihrem Arbeitgeber gesucht haben, um die aus Ihrer Sicht notwendigen Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz auf den Weg zu bringen?

ja nein —————> **Falls nein, überspringen Sie bitte die Frage 48.**

48. Wenn ja, haben sich durch dieses Gespräch gesundheitsfördernde Veränderungen am Ihrem Arbeitsplatz ergeben.

ja nein kann ich nicht beurteilen

49. Wenn aus Ihrer Sicht aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen eine Umstellung oder Veränderung an Ihrem Arbeitsplatz notwendig war, haben Sie diese in die Wege leiten können?

ja nein —————> **Falls nein, machen Sie bitte weiter mit Frage 51.**

Trifft für mich nicht zu, da ich seit dem Ende der Reha-Maßnahme nicht berufstätig gewesen bin.

Falls ja, um welche Veränderung(en) handelt es sich? (bitte benennen):

50. Sind Sie bei diesen Umstellungen oder Veränderungen von Ihrem Arbeitgeber unterstützt worden?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

51. Waren Sie im Verlauf der vergangenen 6 Monate, d.h. seit unserer letzten Befragung ...

- bei Ihrem Hausarzt? nein ja, und zwar mal
- bei einem Orthopäden? nein ja, und zwar mal
- bei einem Neurologen/Psychiater? nein ja, und zwar mal
- bei einem Psychotherapeuten/Psychologen? nein ja, und zwar mal
- bei einem anderen Facharzt? nein ja, und zwar mal
- in einem Krankenhaus? nein ja, und zwar mal

52. Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten folgende gesundheitsfördernde Angebote genutzt?

- Krankengymnastik nein ja, und zwar mal
- Massagen und Lymphdrainagen nein ja, und zwar mal
- Sport- und Bewegungstherapie nein ja, und zwar mal
- Ergo- und Arbeitstherapie nein ja, und zwar mal
- Selbsthilfegruppen nein ja, und zwar mal
- Gesundheitssportgruppen nein ja, und zwar mal
- Entspannungstraining und/oder Streßbewältigung nein ja, und zwar mal
- Ernährungsberatung, Kochkurse nein ja, und zwar mal
- Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung nein ja, und zwar mal
- Entwöhnungskurse (z. B. Nichtrauchertraining) nein ja, und zwar mal
- Sonstiges nein ja, und zwar mal

53. Haben Sie im Anschluß an die medizinische Rehabilitation in der Klinik eines oder mehrere der folgenden Angebote zur Rückkehr in das Erwerbsleben bzw. zum Erhalt Ihres Arbeitsplatzes in Anspruch genommen? Geben Sie auch momentan laufende Maßnahmen an.

- Maßnahmen zur Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes
(z.B. Arbeitsplatzumsetzung bzw. -vermittlung, Umzugskosten) nein ja
- berufsvorbereitende Maßnahmen
(z.B. Teilzeitevorförderung) nein ja
- Maßnahmen zur beruflichen Bildung
(z.B. Umschulung, Ausbildung, Fortbildung, Anpassung) nein ja
- Reha-Maßnahmen für psychisch Kranke (RPK-Maßnahme) nein ja
- Werkstatt für Behinderte nein ja
- KfZ-Hilfe
(z.B. Zuschüsse, Reparaturen, Beförderungskosten) nein ja
- Leistungen an den Arbeitgeber
(z.B. Eingliederungshilfe, Zuschüsse für Probebeschäftigung) nein ja

54. Inwieweit hat / haben die Maßnahme/n Ihnen geholfen?

- hat gar nicht geholfen hat sehr geholfen
- hat etwas geholfen weiß nicht

55. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit weitere medizinische Rehabilitationsleistungen zu beantragen?

nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später

56. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit (weitere) berufliche Rehabilitationsleistungen zu beantragen?

nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später

57. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen?

nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später

Ich habe bereits einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt.

58. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

- ganztags berufstätig
- mindestens halbtags berufstätig
- weniger als halbtags berufstätig
- in Ausbildung / Studium
- arbeitslos / erwerbslos
- Hausfrau/-mann
- Erziehungsurlaub
- nicht mehr berufstätig (Rentenbezug)

59. In welcher hauptberuflichen Stellung sind Sie zur Zeit oder waren Sie zuletzt beschäftigt?Arbeiter

- ungelernter oder angelernter Arbeiter
- gelernter Arbeiter / Facharbeiter
- Arbeiter mit Vorgesetztenfunktion (z. B. Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier)

Angestellter

- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, Kontorist)
- Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter)
- Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wiss. Angestellter, Abteilungsleiter)
- Angestellter mit umfassender Tätigkeit (z. B. Direktor, Geschäftsführer)

Selbstständiger

- selbständig in Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung
- selbständiger Landwirt
- Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt)

Sonstige

- mithelfender Familienangehöriger
- sonstige (z. B. Auszubildender, Studierender, Wehrpflichtiger, Praktikant)

60. Unabhängig davon, ob Sie zur Zeit erwerbstätig sind oder nicht: Wie schätzen Sie ganz allgemein Ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt ein.

Eine geeignete / gleichwertige Arbeitsstelle zu finden, ist / wäre für mich...

sehr leicht leicht schwierig sehr unmöglich

61. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit? Wenn sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit.
(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

Zufriedenheit mit...	sehr zufrieden				sehr unzufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Ihren Kollegen/innen	<input type="checkbox"/>						
Ihren unmittelbaren Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/>						
Ihren Arbeitsbedingungen (Hilfsmittel, Räume, Ausstattung etc.)	<input type="checkbox"/>						
der Organisation und Leitung Ihres Betriebes (mit Vorschriften, Informationen, Zusammenarbeit)	<input type="checkbox"/>						
Ihrem bisherigen beruflichen Werdegang	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Bezahlung	<input type="checkbox"/>						
der Anerkennung in Ihrem Beruf	<input type="checkbox"/>						
der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>						
der Anleitung	<input type="checkbox"/>						
der Verantwortung	<input type="checkbox"/>						
der Arbeitsplatzsicherheit	<input type="checkbox"/>						
Ihrer Arbeit insgesamt	<input type="checkbox"/>						

Die folgenden drei Fragen (62 bis 64) beantworten Sie bitte nur, wenn Sie zur Zeit in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Sollte dies nicht der Fall sein (weil Sie z.B. erwerbslos oder berentet sind), machen Sie bitte auf der nächsten Seite mit Frage 65 weiter.

62. Gab es aufgrund Ihrer gesundheitlichen Einschränkungen folgende berufliche Veränderungen?

- Nein**, ich arbeite auf dem selben Arbeitsplatz wie vor der Reha.
- Ja**, ich arbeite zwar beim bisherigen Arbeitgeber, aber auf einem anderen Arbeitsplatz.
- Ja**, ich übe dieselbe Tätigkeit wie vor der Reha aus, jedoch bei einem neuen Arbeitgeber.
- Ja**, ich übe eine andere Tätigkeit als vor der Reha aus, und habe einen neuen Arbeitgeber.

63. Arbeiten Sie im Schichtsystem?

- Ja**, ich arbeite im Schichtsystem.
- Nein**, ich arbeite nicht im Schichtsystem.

64. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft überhaupt nicht zu				trifft völlig zu
	0	1	2	3	4
Meine Arbeit ist zu schwer für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit könnte meiner Gesundheit schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit verschlimmert meinen Gesundheitszustand oder wird ihn verschlimmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinem augenblicklichen Befinden sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne spezielle Behandlung kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie regelmäßig den folgenden Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Wenn eine Belastung bei Ihnen vorkommt, geben Sie bitte auch an, ob Sie deswegen gesundheitliche Beschwerden haben. Wenn sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit. (Sie können in einer Zeile auch 2 Kreuze machen.)

	Ja, belastet mich regelmäßig	Ja, Belastung führt zu Beschwerden
unangenehme, einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorwiegend stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorwiegend hockend, kniend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Gegenstände tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Schadstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub, Schmutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch, Ruß, Gase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze, Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe, feuchte Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit im Freien, ungeschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungünstige Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibration, Erschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überforderung, zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit- oder Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
starke Konzentration, Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufige Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gleichförmige, monotone Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
widersprüchliche Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungskontrolle, -druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Berufsausübung durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Sicht eingeschränkt sind? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

nicht eingeschränkt etwas eingeschränkt stark eingeschränkt

67. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Freizeit und im Alltag (unabhängig vom Berufsleben) durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Sicht eingeschränkt sind? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

nicht eingeschränkt etwas eingeschränkt stark eingeschränkt

68. Glauben Sie, dass Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit weiter fortsetzen können?

ja nein — falls nein —> Geben Sie bitte im nachfolgenden Kästchen die Gründe dafür an.

69. Waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)? Geben Sie bitte den jeweiligen Zeitraum an und ob es sich um dieselbe Erkrankung handelte, die zur Reha-Aufnahme geführt hat.

1. Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend
Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Aufnahme geführt hat? ja nein

2. Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend
Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Aufnahme geführt hat? ja nein

3. Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend
Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Aufnahme geführt hat? ja nein

4. Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend
Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Aufnahme geführt hat? ja nein

70. Gab es in den letzten 6 Monaten außer Krankschreibung(en) weitere Unterbrechungen Ihrer Erwerbstätigkeit bzw. sind Sie in dieser Zeit endgültig aus dem Berufsleben ausgeschieden (Frührente)?

ja nein —————> Falls nein, überspringen Sie bitte die Frage 71.

71. Geben Sie bitte die Gründe und die Dauer der Arbeitsunterbrechungen an.

Arbeitsunterbrechung(en) aufgrund beruflicher Reha-Maßnahmen: trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Arbeitsunterbrechung(en) wegen Arbeitslosigkeit: trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Beendigung der Erwerbstätigkeit (Frührente): trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 (Tag der Bewilligung des Antrages auf Frührente)

Arbeitsunterbrechung(en) wegen anderer Gründe: (bitte benennen) trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Grund:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Grund:

72. Wenn Sie zur Zeit aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sind, zu welchem Zeitpunkt werden Sie voraussichtlich Ihre bisherige oder eine andere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- sofort später als in 6 Monaten
 in den nächsten 4 Wochen Ich werde in Zukunft (vermutlich) keiner Tätigkeit mehr nachgehen können.
 in den nächsten 3 Monaten ich weiß nicht
 in den nächsten 6 Monaten

Abschließend möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer sozialen Situation stellen.

73. Wie ist Ihr Familienstand?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | |

74. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

- Personen insgesamt, davon:
- | | |
|---|---|
| <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder, davon: | <input type="text"/> <input type="text"/> pflegebedürftige Personen, davon: |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder unter 6 Jahre | <input type="text"/> <input type="text"/> (chronisch) kranke oder behinderte Personen |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder von 6 - 12 Jahre | <input type="text"/> <input type="text"/> ältere, pflegebedürftige Personen |
| <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder älter als 12 Jahre | |

75. Wie ist Ihre Haushaltssituation?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alleinstehend | <input type="checkbox"/> mit Partner/in |
| <input type="checkbox"/> alleinerziehend | <input type="checkbox"/> mit Partner/in und Kindern |
| <input type="checkbox"/> mit Eltern | |

76. Wie hoch ist das monatliche Einkommen, welches Ihr Haushalt insgesamt zur Verfügung hat? Gemeint ist das Nettoeinkommen, d.h. die Summe aller Einkünfte abzüglich Steuern und Sozialabgaben.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 € | <input type="checkbox"/> 500 € bis 999 € |
| <input type="checkbox"/> 1.000 € bis 1.499 € | <input type="checkbox"/> 1.500 € bis 1.999 € |
| <input type="checkbox"/> 2.000 € bis 2.499 € | <input type="checkbox"/> 2.500 € bis 2.999 € |
| <input type="checkbox"/> 3.000 € bis 3.499 € | <input type="checkbox"/> 3.500 € und mehr |

77. Aus welchen Quellen beziehen Sie zur Zeit Ihr Einkommen?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen | <input type="checkbox"/> Wohngeld |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> BAföG |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosenhilfe | <input type="checkbox"/> Rente |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsgeld | <input type="checkbox"/> sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsleistung | |

**Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.**

Patientenfragebogen

**12 Monate nach Ende
der Rehabilitation
(Katamnese)**

Wissenschaftliche
Begleituntersuchung



**Humboldt-Universität
zu Berlin**

1. Zu allererst würden wir gern von Ihnen wissen, wie Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand einschätzen.

**Bester denkbarer
Gesundheitszustand**

**Schlechtester denkbarer
Gesundheitszustand**

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir rechts eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer.

Der beste denkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit einer "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte kreuzen Sie dazu den Strich auf der Skala an, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

2. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

3. Im Vergleich zum Zeitpunkt unserer Befragung vor 6 Monaten, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

derzeit viel besser derzeit etwas besser etwa wie vor einem Jahr derzeit etwas schlechter derzeit viel schlechter

4. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

8. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark

9. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf behindert?

überhaupt nicht ein bißchen mäßig ziemlich sehr

10. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, daß Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... voller Schwung?	<input type="checkbox"/>					
... sehr nervös?	<input type="checkbox"/>					
... so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>					
... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>					
... voller Energie?	<input type="checkbox"/>					
... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>					
... erschöpft?	<input type="checkbox"/>					
... glücklich?	<input type="checkbox"/>					
... müde?	<input type="checkbox"/>					

11. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

immer meistens manchmal selten nie

12. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den nächsten 3 Fragen geht es um Ihre Schmerzen und deren Stärke. Sie können die Angaben jeweils auf einer Skala 0 - 10 abstufen. Der Wert 0 bedeutet, dass Sie keine Schmerzen haben / hatten, der Wert 10 bedeutet, dass die Schmerzen nicht schlimmer sein könnten. Mit den dazwischen liegenden Werten können Sie Abstufungen vornehmen.

13. Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

14. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

15. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten 7 Tagen Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen?

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stärkster vorstellbarer Schmerz

Nun interessiert uns das Ausmaß, in dem Sie in verschiedenen *Bereichen Ihres Lebens durch die Schmerzen beeinträchtigt werden*. Mit anderen Worten: Wie sehr hindern Sie die Schmerzen, ein normales Leben zu führen? Beurteilen Sie jeweils den gesamten Einfluss, den die Schmerzen gegenwärtig besitzen. Berücksichtigen Sie nicht nur die Zeiten, in denen die Schmerzen am schlimmsten sind.
Wir bitten Sie, für jeden der aufgeführten sieben Lebensbereiche die Zahl anzukreuzen, die die typische Stärke Ihrer Behinderung beschreibt. Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung, und ein Wert von 10 gibt an, dass alle Tätigkeiten, die Sie normalerweise ausführen würden, durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt oder behindert werden.

16. Familiäre und häusliche Verpflichtungen

Dieser Bereich bezieht sich auf alle Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und die Wahrnehmung von Aufgaben um das Haus (z.B. Gartenarbeit) sowie Besorgungen und Gefälligkeiten für andere Familienmitglieder (z.B. Kinder zur Schule bringen).

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

17. Erholung

Dieser Bereich umfasst Hobbies, Sport und ähnliche Freizeitaktivitäten.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

18. Soziale Aktivitäten

Dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten. Er schließt Feste, Theater- und Konzertbesuche, essen gehen und andere soziale Aktivitäten ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

19. Beruf

Dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufs sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben. Er schließt unbezahlte Arbeiten, wie die einer Hausfrau oder die eines Praktikanten, ein.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

20. Sexualleben

Dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

21. Selbstversorgung

Dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen (sich waschen, sich anziehen, Auto fahren, usw.), und bei denen man nicht auf fremde Hilfe angewiesen ist.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

22. Lebensnotwendige Tätigkeiten

Dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen, Schlafen und Atmen. Er ist grundlegend für die anderen Lebensbereiche.

keine Beeinträchtigung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 völlige Beeinträchtigung

Man weiss heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Die folgenden Fragen beziehen sich deshalb ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung .

23. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Aussagen so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. Machen Sie bitte jeweils nur ein Kreuz und lassen Sie keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
 ja, aber nicht allzu stark
 etwas, aber nicht allzu stark
 überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
 nicht mehr ganz so viel
 inzwischen viel weniger
 überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
 verhältnismäßig oft
 von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
 selten
 manchmal
 meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
 gewöhnlich schon
 nicht oft
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
 ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 ich kümmere mich so viel wie immer darum

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
 ziemlich
 nicht sehr
 überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
 eher weniger als früher
 nicht sehr
 kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
 eher weniger als früher
 viel weniger als früher
 überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen.

- oft
 manchmal
 eher selten
 sehr selten

24. Waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben (arbeitsunfähig)? Geben Sie bitte den jeweiligen Zeitraum an und ob es sich um dieselbe Erkrankung handelte, die zur Ihrer absolvierten Reha-Maßnahme geführt hat.

Letzte bzw. aktuelle Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Maßnahme geführt hat? ja nein

Vorletzte Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0

Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Maßnahme geführt hat? ja nein

Drittletzte Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0

Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Maßnahme geführt hat? ja nein

Viertletzte Krankschreibung:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0

Wegen derselben Erkrankung, die zur Reha-Maßnahme geführt hat? ja nein

25. Gab es in den letzten 6 Monaten außer Krankschreibung(en) weitere zeitlich begrenzte oder dauerhafte Unterbrechungen Ihrer Erwerbstätigkeit?

ja nein \longrightarrow Falls nein, überspringen Sie bitte die Frage 26.

26. Geben Sie bitte die Gründe und die Dauer der Arbeitsunterbrechungen an.

Arbeitsunterbrechung(en) aufgrund beruflicher Reha-Maßnahmen: trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Arbeitsunterbrechung(en) wegen Arbeitslosigkeit: trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Arbeitsunterbrechung(en) wegen anderer (z.B. private) Gründe: trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Grund:

Beginn: . . 2 0 0 Ende: . . 2 0 0 bzw. noch laufend

Grund:

Beendigung der Erwerbstätigkeit (Frührente): trifft nicht zu

Beginn: . . 2 0 0 (Tag der Bewilligung des Antrages auf Frührente)

27. Ihr Reha-Aufenthalt liegt nun etwa 12 Monate zurück. Alles in allem, meinen Sie heute, dass Ihnen die Reha-Maßnahme geholfen hat? (Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hat gar nicht geholfen | <input type="checkbox"/> hat sehr geholfen |
| <input type="checkbox"/> hat etwas geholfen | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

28. In welchen Bereichen hat Ihnen die Reha-Behandlung am ehesten geholfen?

(Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Erhöhung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung des seelischen Wohlbefindens | <input type="checkbox"/> Geringere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach der Reha-Maßnahme |
| <input type="checkbox"/> Entspannung von Streß und Alltagsorgen | <input type="checkbox"/> Verhinderung vorzeitiger Berentung |
| <input type="checkbox"/> Verringerung der Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> sonstige |
| <input type="checkbox"/> Nachlassen von Beschwerden | <input type="checkbox"/> sonstige |

welche?
↓

bitte benennen:

welche?
↓

bitte benennen:

29. Welche Auswirkungen hatte Ihre medizinische Reha-Maßnahme auf Ihre jetzige berufliche Tätigkeit?

(Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohne die Maßnahme hätte ich nicht weiter beruflich tätig sein können. | <input type="checkbox"/> Die Maßnahme war von geringer Bedeutung. |
| <input type="checkbox"/> Die Maßnahme war eine wichtige Hilfe. | <input type="checkbox"/> Die Maßnahme hatte keine Bedeutung. |

30. Waren Sie im Verlauf der vergangenen 6 Monate, d.h. seit unserer letzten Befragung ...

- | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------------|---|
| bei Ihrem Hausarzt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| bei einem Orthopäden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| bei einem Neurologen/Psychiater? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| bei einem Psychotherapeuten/Psychologen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| bei einem anderen Facharzt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| in einem Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |

31. Haben Sie in den vergangenen 6 Monaten folgende gesundheitsfördernde Angebote genutzt?

- | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------------|---|
| Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Massagen und Lymphdrainagen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Sport- und Bewegungstherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Ergo- und Arbeitstherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Selbsthilfegruppen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Gesundheitssportgruppen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Entspannungstraining und/oder Streßbewältigung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Ernährungsberatung, Kochkurse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Entwöhnungskurse (z. B. Nichtrauchertraining) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, und zwar | <input type="text"/> <input type="text"/> mal |

32. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit weitere medizinische Rehabilitationsleistungen zu beantragen?

- nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später

33. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme erhalten bzw. absolviert? Wenn ja, geben Sie bitte das tatsächliche oder voraussichtliche Datum des Maßnahmeabschlusses bzw. bei Geldleistungen das Datum der Gewährung an.

Ich habe in den letzten 12 Monaten...

- keinerlei berufliche Rehamassnahmen erhalten bzw absolviert. —————> Bitte machen Sie ab **Frage 36** weiter!
- eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen erhalten bzw absolviert. —> Zutreffende bitte ankreuzen.

- | | wann? (Monat / Jahr) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Maßnahmen zur Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes</u>
(z.B. Arbeitsplatzumsetzung bzw. -vermittlung, Umzugskosten) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>berufsvorbereitende Maßnahmen</u>
(z.B. Teilzeitvorförderung) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>Maßnahmen zur beruflichen Bildung</u>
(z.B. Umschulung, Ausbildung, Fortbildung, Anpassung) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>Reha-Maßnahmen für psychisch Kranke (RPK-Maßnahme)</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>Werkstatt für Behinderte</u> | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>KfZ-Hilfe</u>
(z.B. Zuschüsse, Reparaturen, Beförderungskosten) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <u>Leistungen an den Arbeitgeber</u>
(z.B. Eingliederungshilfe, Zuschüsse für Probebeschäftigung) | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

34. Wer hat Ihre Maßnahme(n) zur beruflichen Rehabilitation bewilligt und finanziert?

- die Rentenversicherung (BfA oder LVA) die Unfallversicherung
- das Arbeitsamt die Knappschaft

35. Welche Auswirkungen hatte Ihre berufliche Reha-Maßnahme auf Ihre jetzige berufliche Tätigkeit? (Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.)

- Ohne die Maßnahme hätte ich nicht weiter beruflich tätig sein können Die Maßnahme war von geringer Bedeutung
- Die Maßnahme war eine wichtige Hilfe Die Maßnahme hatte keine Bedeutung

36. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit (weitere) berufliche Rehabilitationsleistungen zu beantragen?

- nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später

37. Beabsichtigen Sie, in nächster Zeit eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen?

- nein ja, und zwar innerhalb der nächsten 3 Monate 6 Monate 12 Monate später
- Ich habe bereits einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt.

38. Wenn Sie in den letzten 12 Monaten bereits einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben...

...wann wurde dieser Antrag gestellt? . (Monat . Jahr)

Der Antrag wurde abgelehnt.

Der Antrag wurde bewilligt.

Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.

39. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?

- ganztags berufstätig
 mindestens halbtags berufstätig
 weniger als halbtags berufstätig
 in Ausbildung / Studium
 arbeitslos / erwerbslos
 Hausfrau/-mann
 Erziehungsurlaub
 nicht mehr berufstätig (Rentenbezug)

40. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie regelmäßig den folgenden Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Wenn eine Belastung bei Ihnen vorkommt, geben Sie bitte auch an, ob Sie deswegen gesundheitliche Beschwerden haben. Wenn sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind, beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit. (Sie können in einer Zeile auch 2 Kreuze machen.)

Ja, belastet mich
regelmäßig

Ja, Belastung führt
zu Beschwerden

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| unangenehme, einseitige Körperhaltung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vorwiegend stehend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vorwiegend hockend, kniend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| körperlich schwere Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwere Gegenstände tragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Schadstoffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Staub, Schmutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauch, Ruß, Gase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hitze, Wärme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nässe, feuchte Luft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit im Freien, ungeschützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ungünstige Beleuchtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vibration, Erschütterung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unfallgefahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überforderung, zu viel Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| häufige Überstunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akkordarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeit- oder Termindruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| starke Konzentration, Anspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hohe Verantwortung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| häufige Störungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gleichförmige, monotone Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| widersprüchliche Anforderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistungskontrolle, -druck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Falls Sie zur Zeit in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)

	trifft überhaupt nicht zu				trifft völlig zu
	0	1	2	3	4
Meine Arbeit ist zu schwer für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit könnte meiner Gesundheit schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit verschlimmert meinen Gesundheitszustand oder wird ihn verschlimmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinem augenblicklichen Befinden sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne spezielle Behandlung kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Wie haben sich Ihre gesundheitlichen Einschränkungen in den letzten 12 Monaten verändert?

Einschränkungen in Alltag / Freizeit:

sehr verringert etwas verringert unverändert etwas verschlechtert sehr verschlechtert

Einschränkungen im Beruf (falls zutreffend):

sehr verringert etwas verringert unverändert etwas verschlechtert sehr verschlechtert

43. Wie kommen Sie heute mit Ihren alltäglichen Belastungen zurecht?

sehr gut im großen und ganzen gut ziemlich schlecht sehr schlecht

44. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Berufsausübung durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Sicht eingeschränkt sind? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

nicht eingeschränkt etwas eingeschränkt stark eingeschränkt

45. Glauben Sie, dass Sie in Ihrer Freizeit und im Alltag (unabhängig vom Berufsleben) durch Ihren Gesundheitszustand auf längere Sicht eingeschränkt sind? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

nicht eingeschränkt etwas eingeschränkt stark eingeschränkt

46. Gab es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten berufliche Veränderungen?

- Ja, aus gesundheitlichen Gründen.
- Ja, aus anderen Gründen. —————> *Machen Sie bitte mit **Frage 48** weiter!*
- Nein. —————> *Machen Sie bitte mit **Frage 48** weiter!*

47. Falls es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten zu beruflichen Veränderungen kam, die gesundheitliche Gründe hatten, welche Veränderungen waren dies?

- Ich übe jetzt bei meinem bisherigen Arbeitgeber eine andere Tätigkeit aus.
- Ich übe dieselbe Tätigkeit aus, jedoch bei einem anderen Arbeitgeber.
- Ich habe sowohl eine neue Tätigkeit als auch einen neuen Arbeitgeber.
- Es gab andere berufliche Veränderungen. (Geben Sie diese bitte im nachfolgenden Kästchen an.)

48. Unabhängig davon, ob Sie zur Zeit erwerbstätig sind oder nicht: Wie schätzen Sie ganz allgemein Ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt ein.

Eine geeignete / gleichwertige Arbeitsstelle zu finden, ist / wäre für mich...

- sehr leicht leicht schwierig sehr schwierig unmöglich

49. Wenn Sie zur Zeit aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sind, zu welchem Zeitpunkt werden Sie voraussichtlich Ihre bisherige oder eine andere berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen können? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

- sofort später als in 6 Monaten
 in den nächsten 4 Wochen Ich werde in Zukunft (vermutlich) keiner Tätigkeit mehr nachgehen können.
 in den nächsten 3 Monaten
 in den nächsten 6 Monaten ich weiß nicht

50. Glauben Sie, dass Sie Ihre bisherige berufliche Tätigkeit weiter fortsetzen können?

- ja nein — falls nein → Geben Sie bitte im nachfolgenden Kästchen die Gründe dafür an.

51. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an.)

- Trifft für mich nicht zu, da ich nicht (mehr) berufstätig bin.

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich...

- in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann. eine Rente beantragen werde.
 in meinem Beruf, aber auf einem anderen Arbeitsplatz, weiterhin arbeiten kann. eine Rente bekommen werde.
 in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann. arbeitslos sein werde.
 eine andere Arbeit suchen will. krankgeschrieben werde.
 überhaupt nicht mehr arbeiten kann. Ich weiß es noch nicht.

**Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!**

Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken



Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

dieser Fragebogen wird maschinell verarbeitet. Die Nummern am oberen Seitenrand dienen ausschließlich dieser Verarbeitung und lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens geben:

Für eine fehlerfreie Bearbeitung verwenden Sie bitte einen dünnen schwarzen oder blauen Stift.

Bei den meisten Fragen genügt es, wenn Sie in eines der Antwortkästchen ein Kreuz machen.

Bitte beantworten Sie jede Frage und machen nur eine Angabe.

Um Ihre Zustimmung bzw. Ablehnung abstimmen zu können, finden Sie zu jeder Aussage eine Antwortskala.

Beispiel 1:

Wenn es Ihrer Ansicht nach in Ihrer Abteilung so gut wie nie Spannungen zwischen den Kollegen gibt, setzen Sie Ihr Kreuz wie folgt:

	trifft voll und ganz zu					trifft überhaupt nicht zu		weiß ich nicht
Bei uns gibt es häufig Spannungen zwischen Kollegen/-innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beispiel 2:

Wenn Sie der Meinung sind, das Betriebsklima in Ihrer Abteilung ist eher unpersönlich, setzen Sie Ihr Kreuz wie folgt:

	trifft voll und ganz zu					trifft überhaupt nicht zu		weiß ich nicht
Das Betriebsklima ist bei uns zu unpersönlich.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte die dafür vorgesehene Kategorie "weiß ich nicht" an.

Beispiel 3:

Wenn Sie z.Bsp. aufgrund Ihres Tätigkeitsbereiches nicht einschätzen können, inwieweit in Ihrer Einrichtung die Wünsche der Patienten, deren Angehöriger und Besucher ermittelt werden, setzen Sie Ihr Kreuz wie folgt:

	trifft voll und ganz zu					trifft überhaupt nicht zu		weiß ich nicht
Unsere Einrichtung ermittelt regelmäßig die Wünsche und Erwartungen unserer Patienten und deren Angehörigen und Besucher.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Beginnen Sie jetzt bitte auf der folgenden Seite mit der Beantwortung der Fragen.

ANGABEN ZU PERSON UND TÄTIGKEIT**Welches Geschlecht haben Sie?**

- männlich
 weiblich

Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- Unter 25 Jahre
 25 - 34 Jahre
 35 - 44 Jahre
 45 - 54 Jahre
 55 Jahre oder älter

In welchem Arbeitsbereich sind Sie tätig?

- Ärztlicher od. psychologischer Dienst
 Therapieabteilung
 Pflegedienst
 Reinigungs- , Wirtschafts u. Versorgungsdienst
 Verwaltung, Sekretariate/Schreibdienst
 Technik, Labor, Röntgen, Sonstiges

Welche Stellung haben Sie in Ihrer Einrichtung?

- Leitungspersonal mit Weisungsbefugnis
 Personal ohne Weisungsbefugnis
 Schüler(in) / Praktikant(in) / Zivildienstleistender

Ich bin...

- als Vollzeitkraft beschäftigt
 als Teilzeitkraft beschäftigt
 geringfügig beschäftigt (bis 320 Euro???)

Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung beschäftigt?

- Weniger als 1 Jahr
 1 - 5 Jahre
 6- 10 Jahre
 Länger als 10 Jahre

Gehört Ihr/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r zur Klinikleitung (hier begrenzt auf Chefarzt/-ärztin und Verwaltungsleiter/-in, ohne Oberärzte) oder ist es eine Person außerhalb der Klinikleitung?

- ... gehört zur Klinikleitung (Chefarzt/-ärztin und Verwaltungsleiter/in)
 ... ist eine Person außerhalb der Klinikleitung

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen Ihrer Ansicht nach zu? Bitte gehen Sie dabei - wenn nicht anders angegeben - von der Situation in Ihrer Abteilung bzw. in Ihrem Arbeitsbereich aus.

BETRIEBSKLIMA

	trifft voll und ganz zu					trifft überhaupt nicht zu		weiß ich nicht
Bei uns gibt es häufig Spannungen zwischen Kollegen/-innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Wenn bei uns jemand Schwierigkeiten bei der Arbeit hat, wird ihm von Kollegen/-innen geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, dass wir offen über alles, auch über persönliche Dinge, reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Das Betriebsklima ist bei uns zu unpersönlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bei uns kann jeder frei seine Meinung sagen, ohne dass er dadurch Nachteile hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Konflikte werden bei uns nicht offen ausgetragen, sondern "vertuscht".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Manchmal spiele ich mit dem Gedanken, meine Stelle hier in der Klinik zu kündigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich betrachte meine Arbeit als ein Mittel zum Lebensunterhalt; die mich wirklich interessierenden Dinge tue ich in meiner Freizeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bei uns herrscht zwischen den Kollegen/-innen ein reger Erfahrungsaustausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

MITARBEITERORIENTIERUNG

	trifft voll zu					trifft gar nicht zu		weiß ich nicht
Neue Mitarbeiter werden umfassend in ihre Arbeitsbereiche eingeführt.	<input type="checkbox"/>							
Meine beruflichen Ziele und Wünsche kann ich mit meinen Kollegen sowie Vorgesetzten abstimmen und verwirklichen. (z.B. Teilnahme an Weiterbildungen, Arbeitszeiteinteilung)	<input type="checkbox"/>							
Für bestimmte Tätigkeiten in meinem Aufgabenbereich fehlt mir das entsprechende Fachwissen.	<input type="checkbox"/>							
Falls ich bestimmte Tätigkeiten aufgrund fehlenden Fachwissens nicht optimal durchführen kann, werde ich darin geschult. (z.B. durch Weiterbildungsseminare)	<input type="checkbox"/>							
Ich muß mich häufig mit Dingen beschäftigen, die nicht zu meinem eigentlichen Aufgabenbereich gehören.	<input type="checkbox"/>							
Ich bin mir häufig unsicher, welche Aufgaben zu meinem Arbeitsbereich gehören.	<input type="checkbox"/>							
Meine Arbeit wird in gewissen Abständen von meinen Vorgesetzten beurteilt. (z.B. in Gesprächen mit demVorgesetzten)	<input type="checkbox"/>							
Ich weiß in meinem Arbeitsbereich genau, was ich selbst entscheiden darf.	<input type="checkbox"/>							
Ich werde von meinen Vorgesetzten regelmäßig zu Verbesserungsvorschlägen motiviert.	<input type="checkbox"/>							
Ich kann bei meiner Arbeit neue Ideen ausprobieren, um meine Arbeit anders zu organisieren oder zu vereinfachen.	<input type="checkbox"/>							
Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern werden in unserer Einrichtung ernst genommen und umgesetzt	<input type="checkbox"/>							

FRAGEN IM RAHMEN DER MBO-STUDIE

In der orthopädischen Abteilung Ihrer Einrichtung erhalten einige Patienten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation eine sog. MBO-Maßnahme (Module beruflicher Orientierung).
Inwieweit sind Ihnen diese MBO-Maßnahmen bekannt?

Mir ist MBO vom Namen her nicht bekannt. Ich habe die Kurzbezeichnung MBO weder gehört noch gelesen.

 1

→

Für Mitarbeiter, die diese Frage mit 1 bzw. 2 beantwortet haben, ist die Befragung hier zu Ende. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an der Studie.

Mir ist MBO vom Namen her bekannt, aber ich weiß nichts näheres darüber.

 2

→

Mir ist MBO nicht nur vom Namen her bekannt, sondern ich weiß auch, um was es in etwa dabei geht.

 3

Ich habe innerhalb meines Arbeitsfeldes direkt oder indirekt mit MBO-Maßnahmen zu tun.

 4

Bitte geben Sie im folgenden an, inwieweit die jeweiligen Aussagen zur Wirkung der MBO-Maßnahmen Ihrer Ansicht nach zutreffen? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

	trifft voll zu		trifft gar nicht zu			weiß ich nicht
Die Kombination von herkömmlichen medizinischen Reha-Maßnahmen und MBO-Maßnahmen trägt zu einem höheren Rehabilitationserfolg bei als die bisher üblichen Reha-Maßnahmen für sich alleine.	<input type="checkbox"/>					
Die Rehabilitanden profitieren von den MBO-Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>					
Durch MBO wird man den rehabilitativen Bedürfnissen der Patienten besser gerecht.	<input type="checkbox"/>					
Die allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit der Reha wird durch die MBO-Maßnahmen erheblich verbessert.	<input type="checkbox"/>					
Insgesamt hat sich die Qualität der therapeutischen Leistungen durch die Einführung der MBO-Maßnahmen erheblich verbessert.	<input type="checkbox"/>					
Die MBO-Maßnahmen stellen eine sinnvolle Ergänzung zum herkömmlichen medizinischen Rehabilitationsangebot dar.	<input type="checkbox"/>					
Ich bin von der Wirksamkeit der MBO-Maßnahmen überzeugt.	<input type="checkbox"/>					
Mit der Durchführung von MBO-Maßnahmen hat die Klinik etwas für Ihren guten Ruf getan.	<input type="checkbox"/>					
Das Betriebsklima hat sich verbessert	<input type="checkbox"/>					
In der Einrichtung gibt es MBO gegenüber eine gewisse Skepsis.	<input type="checkbox"/>					
Es war klug von der Klinikleitung, sich für die Einführung der MBO-Maßnahmen zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>					
Der Klinikleitung scheint MBO besonders wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>					

Welche Einstellung und Erwartung haben Sie im Großen und Ganzen gegenüber den MBO-Maßnahmen?

sehr skeptisch

sehr optimistisch

weiß ich nicht

Diesen letzten Fragenkomplex beantworten Sie bitte nur, wenn Sie innerhalb Ihres Arbeitsfeldes direkt oder indirekt mit MBO-Maßnahmen zu tun haben.

Wie hat sich durch die Einführung der MBO-Maßnahmen bzw. seit dem Sie mit diesen Maßnahmen zu tun haben Ihre Arbeit bzw. Ihre Arbeitssituation verändert? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

	trifft voll zu				trifft gar nicht zu		weiß ich nicht
Meine Tätigkeit wurde anstrengender.	<input type="checkbox"/>						
Meine Tätigkeit wurde interessanter.	<input type="checkbox"/>						
Mein Aufgabenbereich wurde umfangreicher.	<input type="checkbox"/>						
Ich konnte mein Fachwissen erweitern.	<input type="checkbox"/>						
Seitdem fühle ich mich in meiner Arbeit überfordert.	<input type="checkbox"/>						
Meine Tätigkeit macht mir nun mehr Freude.	<input type="checkbox"/>						
Die Tätigkeiten der Kollegen sind seitdem besser aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/>						
Seitdem hat sich an meinen Arbeitsabläufen viel verändert.	<input type="checkbox"/>						
Durch MBO hat sich auch in anderen Arbeitsbereichen meine Arbeitsqualität verbessert.	<input type="checkbox"/>						
Die Zusammenarbeit mit den Kollegen wurde erschwert.	<input type="checkbox"/>						
Durch MBO habe ich eine neue Sichtweise auf meinen beruflichen Tätigkeitsbereich bekommen.	<input type="checkbox"/>						
Mein Aufgabenbereich ist zunehmend unübersichtlicher geworden.	<input type="checkbox"/>						

Denken Sie bei den folgenden Aussagen an sich und Ihre direkten Kollegen/innen.

	trifft voll zu				trifft gar nicht zu		weiß ich nicht
Die Arbeit mit den Kollegen im Team wurde durch die Einführung der MBO-Maßnahmen verbessert.	<input type="checkbox"/>						
Seit dem Start der MBO-Maßnahmen verstehen wir uns immer mehr als ein Team.	<input type="checkbox"/>						
Wenn es um die Umsetzung von MBO geht, ziehen wir alle an einem Strang.	<input type="checkbox"/>						
Im Zusammenhang mit MBO hat sich eine gewisse Verunsicherung unter den Kollegen verbreitet.	<input type="checkbox"/>						
Bei der Durchführung meiner MBO bezogenen Aufgaben werde ich von den Kollegen unterstützt.	<input type="checkbox"/>						
Wenn es um Tätigkeiten in Zusammenhang mit MBO geht, nehmen wir auch Mehrarbeit auf uns.	<input type="checkbox"/>						

Welche Vorteile bzw. Nachteile sehen Sie in der Durchführung von MBO-Maßnahmen für den Patienten?

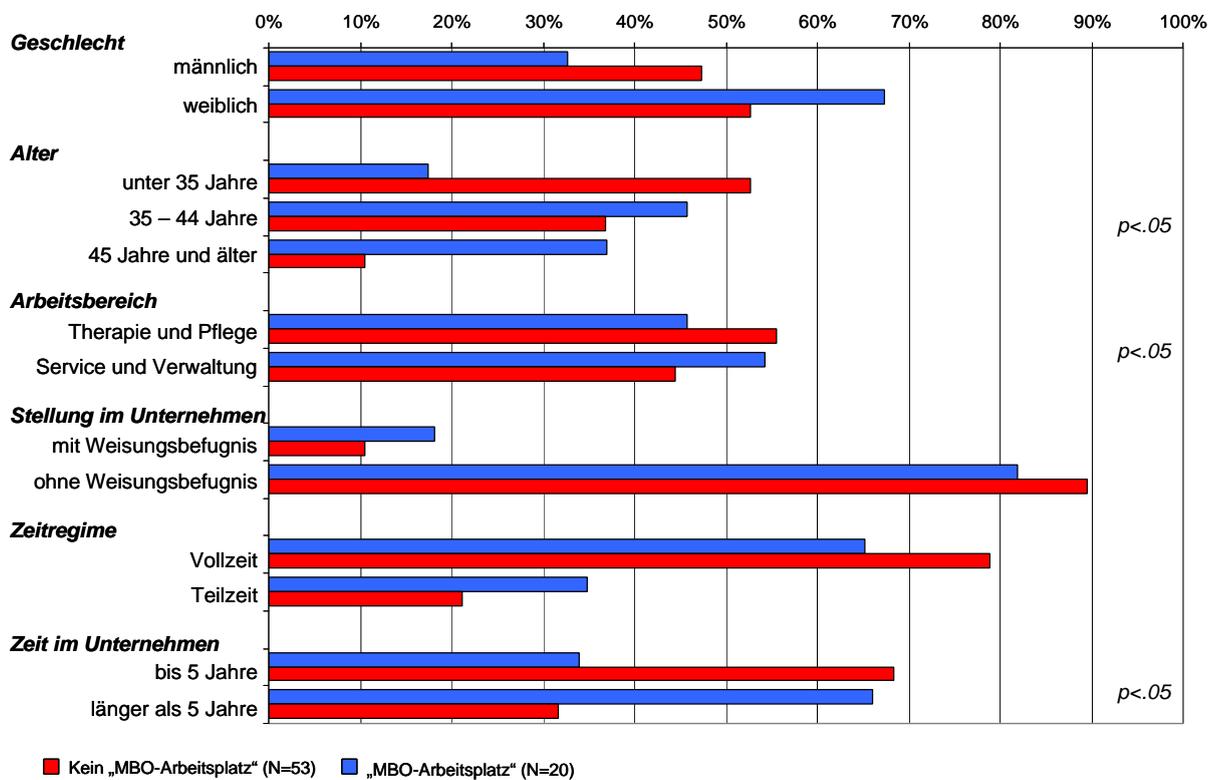
bitte benennen:

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angelangt.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in der Klinik Niedersachsen

1 Soziodemographie der Mitarbeiterstichprobe

Abb. 1: Strukturelle Unterschiede nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik



2 Wahrnehmung der MBO-spezifischen Rehabilitation

In der Klinik ist mehr als die Hälfte der Belegschaft (56,1%) in der Lage inhaltlich mit dem Begriff „MBO“ oder auch „Module beruflicher Orientierung“ etwas anzufangen. 27,3% sind sogar direkt in den Ablauf der MBO-spezifischen Bereiche der Rehabilitation involviert. Dabei ist es nicht unerheblich, ob der betreffende Mitarbeiter aus der Verwaltung oder aus dem direkten therapeutischen oder pflegerischen Bereich kommt: Während ein Fünftel der Mitarbeiter aus der Verwaltung direkt mit MBO zutun haben, sind es bei Ärzten, Therapeuten und Pflegern 31%, also jeder Dritte. Nur jedem Zehnten der Klinik ist der Name unbekannt, geschweige denn, dass er inhaltlich darüber Bescheid wüsste.

Im Weiteren der Analyse interessiert speziell der Teil der Klinikbelegschaft, die einen inhaltlichen Bezug zu MBO herzustellen weiß bzw. direkt damit zutun hat. Es soll rekurriert werden, inwiefern die Mitarbeiter der MBO spezielle Wirkungen zuschreiben, welche Veränderungen in der Klinik und in ihrem persönlichen betrieblichen Umfeld durch MBO zutage traten und schließlich, inwiefern die Einführung der beruflich orientierten Maßnahmen im medizinischen Rehabilitationsprozess die Arbeit mit den Kollegen beeinflusst. Die Einschränkung auf den Teil der Belegschaft, der zumindest schon von „MBO“ gehört hat bedeutet, dass weitere Analysen eine maximale Stichprobengröße von N=42 besitzen. Dadurch ergeben sich Probleme in der differenzierteren Analyse der Einstellungsfragen bezüglich der MBO-Rehabilitation in der Klinik.

Tab. 1: Bekanntheit von MBO nach zusammengefasstem Arbeitsbereich

Bekanntheit von MBO								
	nicht bekannt		vom Namen her bekannt		inhaltlich bekannt		bekannt und involviert	
	N / %							
Therapie und Pflege	2	6,3	9	28,1	11	34,4	10	31,3
Service und Verwaltung	6	17,6	12	35,3	8	23,5	8	23,5
Gesamt	8	12,1	21	31,8	19	28,8	18	27,3

Die nachfolgenden Abbildungen (2 bis 4) zeigen Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von MBO zwischen den Teilen der Belegschaft, denen MBO inhaltlich bekannt ist und denen, die sogar aktiv darin involviert werden. Aufgrund von teilweise sehr geringen Zellbesetzungen können Signifikanztests nicht mehr adäquat durchgeführt werden. Dies ist durch die Fallzahlabhängigkeit von Signifikanztests begründet (Bortz/Döring 1995). Dagegen zeigen Effektstärken durchaus auch auf dieser Ebene relevante Unterschiede, die durch den Signifikanztest verdeckt würden.

Effektstärken werden auf verschiedene Art und Weise berechnet, gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie „bereinigte“ Unterschiede zwischen zwei Analysewerten anzeigen. In dieser Analyse wurden die Mittelwertunterschiede durch die Streuung aller individuellen Werte bereinigt¹. Dabei können aufgrund der geringen Fallzahlen einzig Effektstärken mit der Bedingung $d > 0.5$ adäquat in die Auswertung einbezogen werden. Bei Effekten, die kleiner sind, kann nicht von statistischer Robustheit gesprochen werden (Bortz/Döring 1995).

In Abbildung 2 sind Statements zur potenziellen Wirkung von MBO-Maßnahmen in der Klinik aufgeführt, denen die Probanden voll zustimmen (Wert=5) oder die sie voll ablehnen konnten (Wert=1). Allgemeiner Eindruck ist, dass die Teile der Belegschaft, die MBO zwar kennen, jedoch nicht inhaltlich damit arbeiten, die Wirkungen positiver einschätzen als diejenigen, die tatsächlich im MBO-Konzept der Klinik arbeiten. Besonders große Unterschiede in der Bewertung sind bei den Statements „Die Kombination von herkömmlicher medizinischer Rehabilitation und MBO-Maßnahmen trägt zu einem höheren Rehabilitationserfolg bei...“ ($d=0.64$) und „Die allgemeine Zufriedenheit der Patienten...wird durch die MBO-Maßnahmen erheblich verbessert.“ ($d=0.54$) zu verzeichnen. Die höchsten absoluten Bewertungen werden jedoch vergeben, wenn es um die „Außenwirkungen“ die Klinik betreffend geht. Allgemeiner Tenor ist, dass es klug von der Klinikleitung war, MBO-Maßnahmen einzuführen und dass die Klinik dadurch einen „guten Ruf“ in der Rehabilitationslandschaft genießt. Am ehesten zutreffend ist für die Belegschaft, dass MBO der Klinikleitung am Herzen liegt (4.8/4.6).

Die geringsten Wirkungen werden den MBO-Maßnahmen in Bezug auf die Zusammenarbeit und das Betriebsklima zugesprochen, was etwas detaillierter durch die Abbildung 3 untermauert wird. Allgemein wird gesagt, dass sich viel in den Arbeitsabläufen verändert hat,

¹ Die Effektstärken d werden wie folgt berechnet: $(MW_{\text{Gruppe a}} - MW_{\text{Gruppe b}}) / SD_{\text{Stichprobe}}$

seit es MBO in der Klinik gibt. Dieses Statement sagt jedoch nichts darüber aus, inwiefern die Belegschaft dies positiv quittiert oder als zusätzliche Belastung empfindet. Hierin gibt es differente Meinungen: MBO macht die Tätigkeit anstrengender, jedoch auch interessanter; die Aufgaben werden umfangreicher, das Fachwissen aber erweitert. Es lassen sich klare Unterschiede zwischen den direkt betroffenen Mitarbeitern und denen, die MBO „nur“ kennen, feststellen. Erstere empfinden die Einführung von MBO viel stärker als Anforderung, was durch den direkten Bezug dieser Gruppe zu MBO plausibel erscheint ($d=0.86$) und durch die geringe Antwortquote der Letzteren untermauert wird. Deshalb kann angenommen werden, dass Externe, die das Konzept kennen, jedoch nicht damit arbeiten, die Arbeitsintensität und –schwere schlecht einschätzen können und wenn, dann tendenziell unterschätzen. Als nicht zutreffend gilt allgemein jedoch die Feststellung, dass MBO-Maßnahmen zu einer Überforderung in der Arbeit führen. Auch sind trotz großer Anforderungen weiterhin klare Strukturen gegeben, die Aufgabenbereiche sind übersichtlich und Verantwortungen klar getrennt. Allerdings wird den MBO-Maßnahmen nur mit Einschränkungen ein Einfluss auf die Mitarbeiter in Form von Erfahrungswissen zugestanden. Die Arbeitsqualität in anderen, von MBO unberührten Bereichen wird nicht unbedingt verbessert.

Potenziellen Wirkungen in den Arbeitsbeziehungen wird durch die Einführung von MBO in der Klinik nicht zugestimmt (Abbildung 4). Zwar besteht eine sehr große Solidarität bei der Unterstützung in den MBO-bezogenen Arbeitsprozessen, jedoch wird nicht, und das wurde in Abbildung 1 schon deutlich, von einer Verbesserung des Arbeitsklimas ausgegangen. Die MBO-Maßnahmen scheinen sich einer großen Unterstützung durch die Belegschaft zu erfreuen: Zum größten Teil sind die Mitarbeiter bereit dazu, Mehrarbeit auf sich zu nehmen, um MBO-bezogene Arbeitsprozesse durchzuführen. Dies zeigen zusätzlich die vorherigen, allgemein positiven Meinungen, die es in Bezug auf MBO gibt.

Als Fazit lässt sich feststellen: Die Einführung von MBO ist mit sehr vielen Veränderungen für die Mitarbeiter der Klinik verbunden, denen sie sich jedoch durchaus mit positiven Emotionen stellen. Sie schreiben den MBO-Maßnahmen eine relativ hohe Wirkung auf den Rehabilitationserfolg und – mit Einschränkungen – die Zufriedenheit der Patienten zu, meinen jedoch auch, dass MBO „ein Kind“ der Klinikleitung ist, hinter dem sich auch ein gewisser Marketing-Effekt verbirgt. Skeptisch sind sich die Mitarbeiter in den Wirkungen auf Betriebsklima und Lerneffekt. MBO schafft mehr Arbeit, die nicht zu negativen Auswirkungen führt, jedoch auch keine positiven Effekte hat. Dabei wird von „Externen“ die Mehrarbeit durch MBO tendenziell unterschätzt.

Abb. 2: Erwartete Wirkungen des MBO-Modells der Klinik aus Sicht der Mitarbeiter I

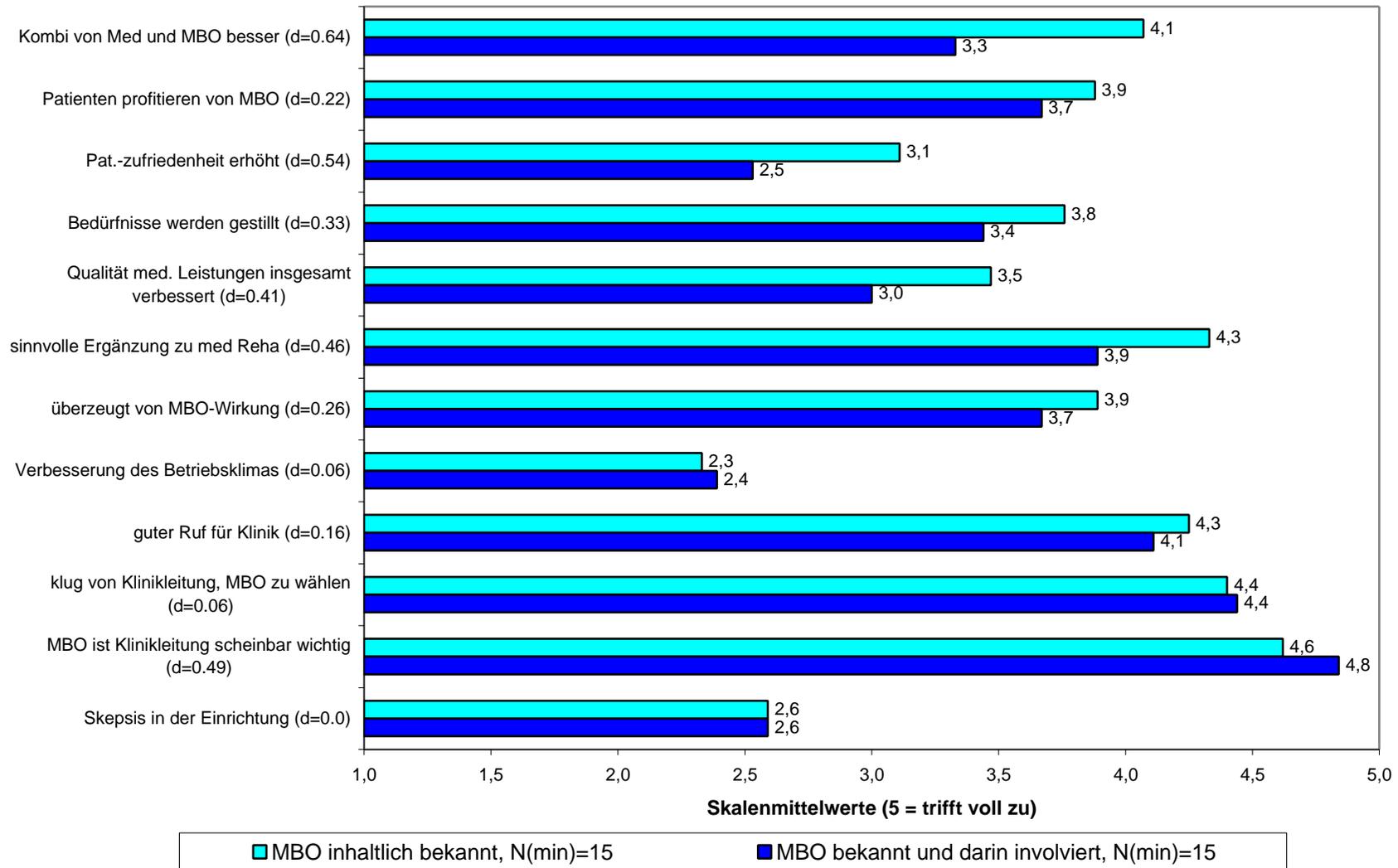


Abb. 3: Erwartete Wirkungen des MBO-Modells der Klinik aus Sicht der Mitarbeiter II

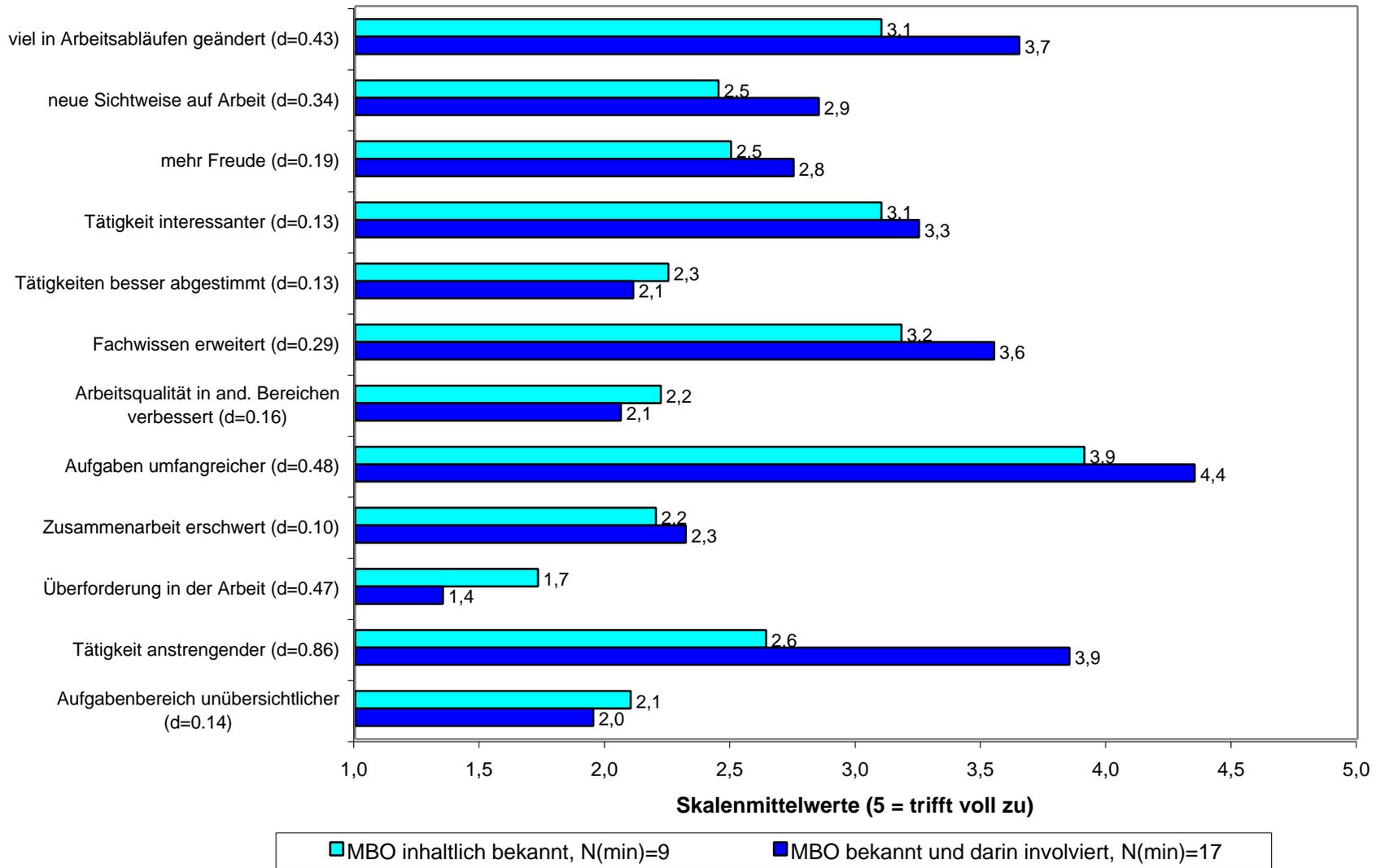
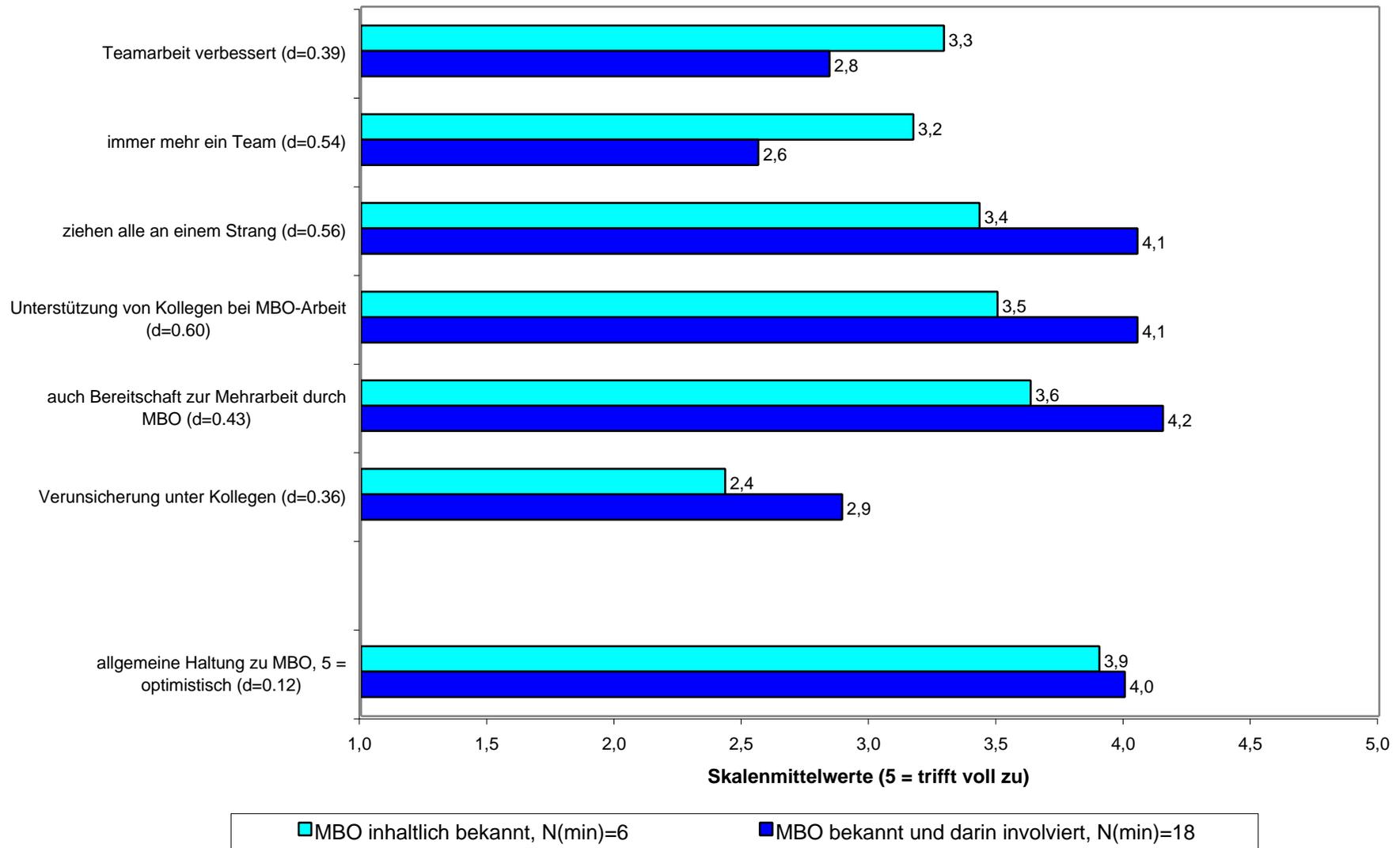


Abb. 4: Erwartete Wirkungen des MBO-Modells der Klinik aus Sicht der Mitarbeiter III



3 Allgemeine Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Abb. 5: Betriebsklima nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

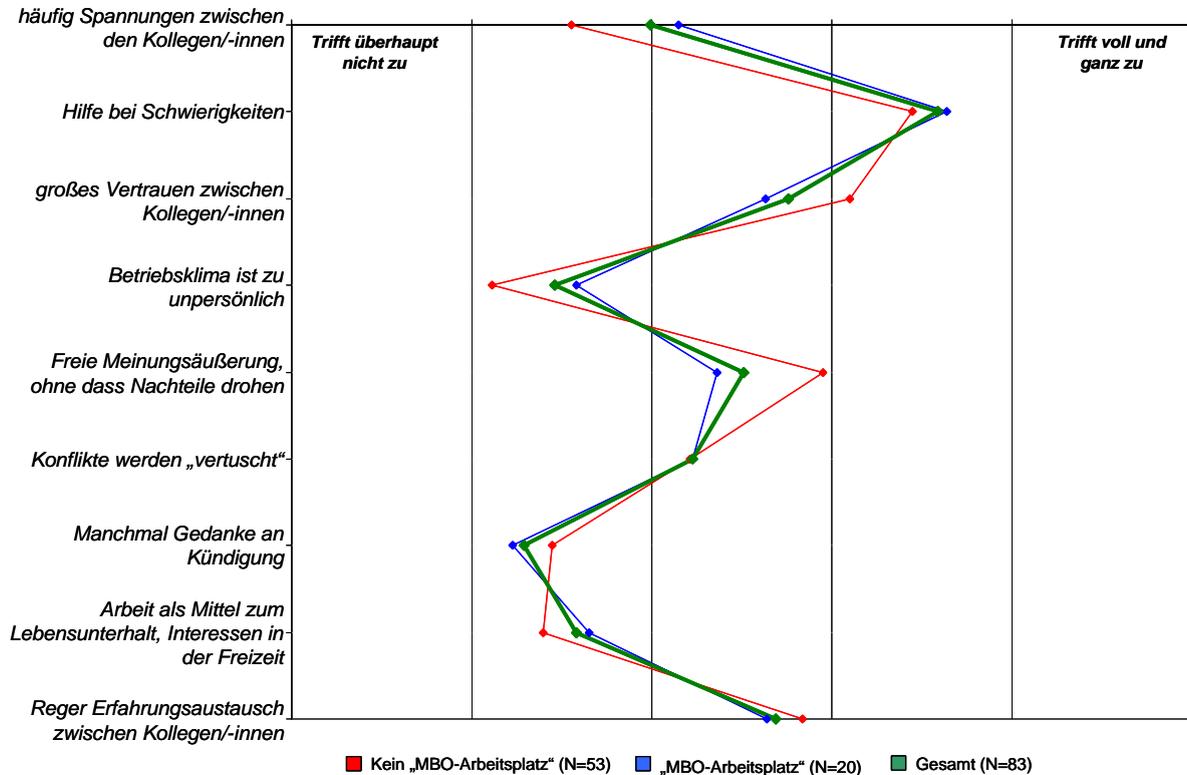


Abb. 6: Mitarbeiterorientierung I nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

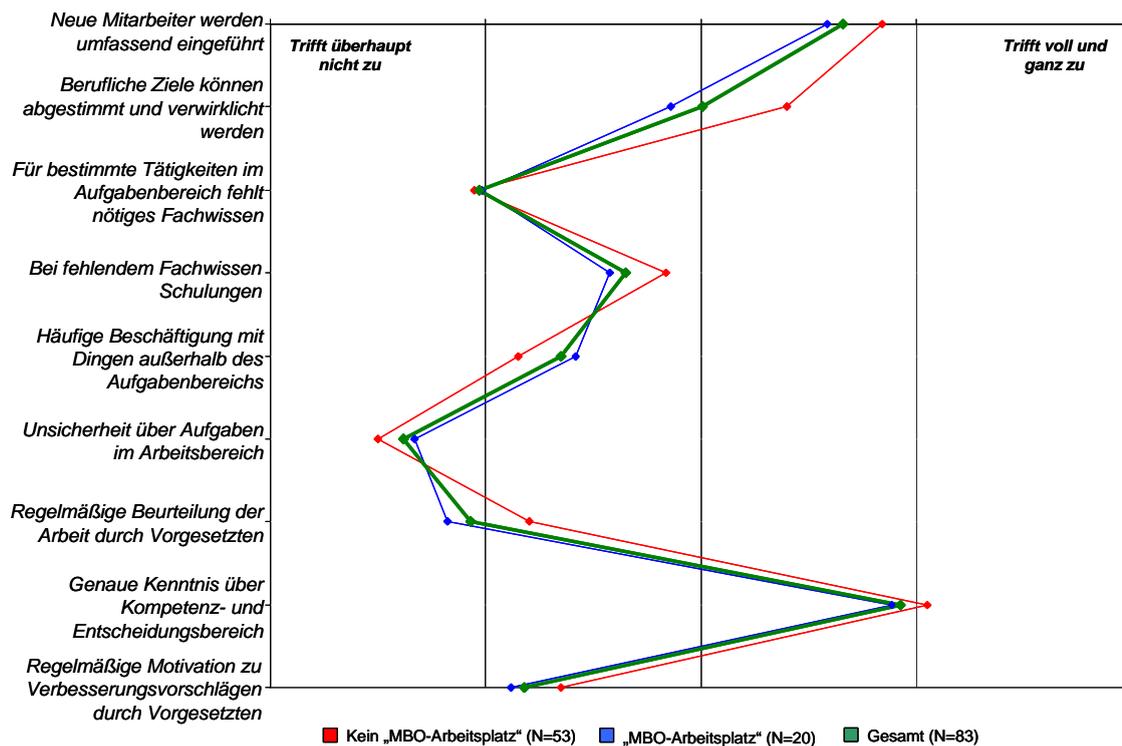


Abb. 7: Mitarbeiterorientierung II nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

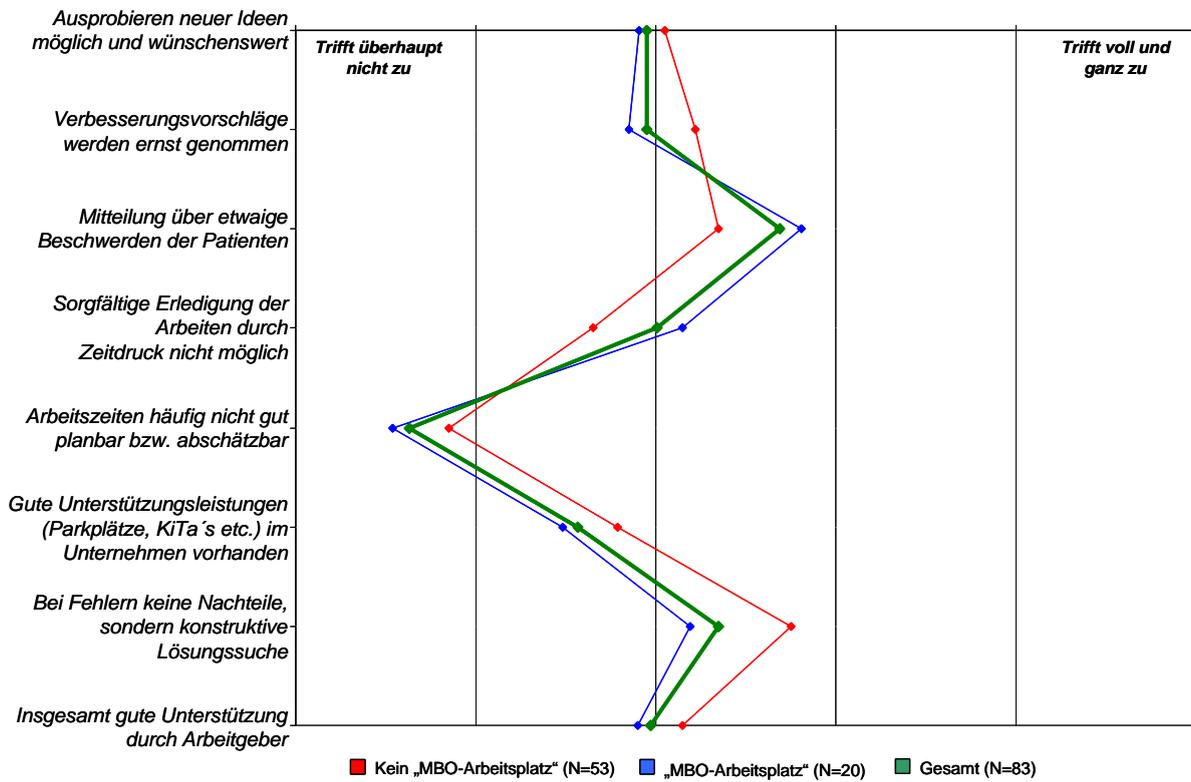


Abb. 8: Führung I nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

Mein/e unmittelbare/r Vorgesetzte/r...

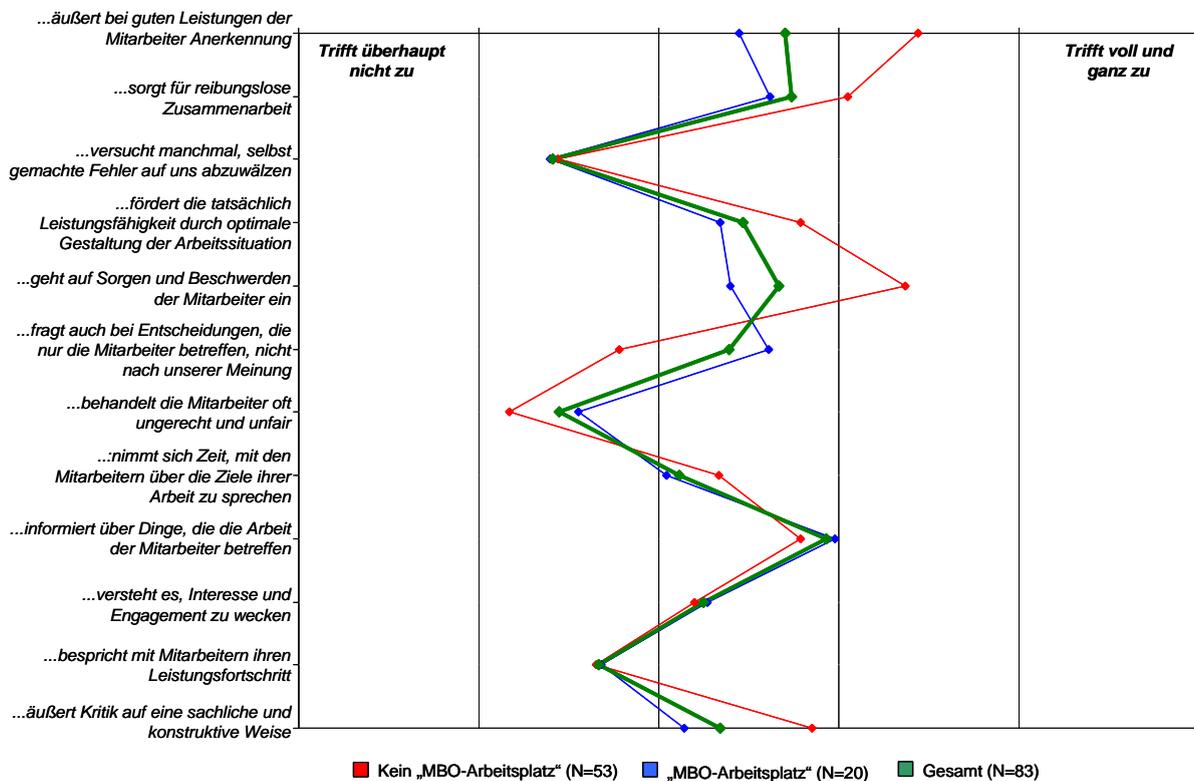


Abb. 9: Führung II nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

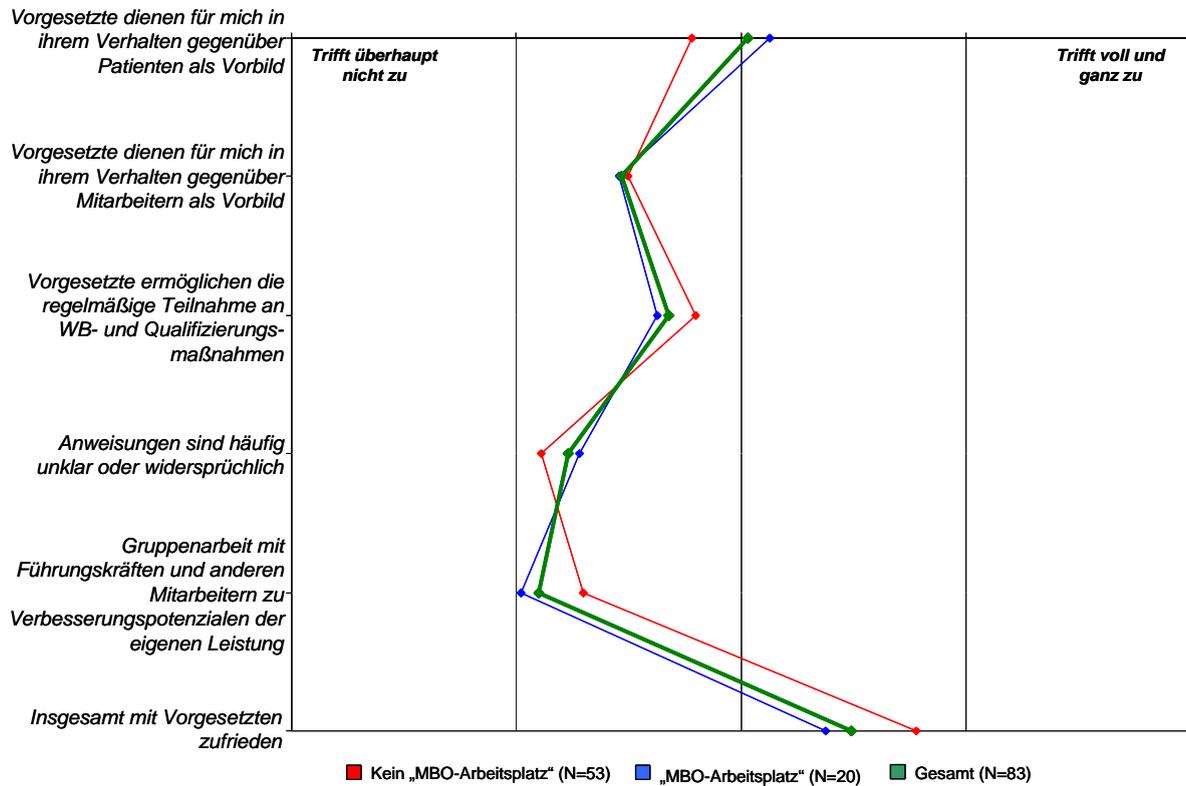


Abb. 10: Innerbetriebliche Abläufe I nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

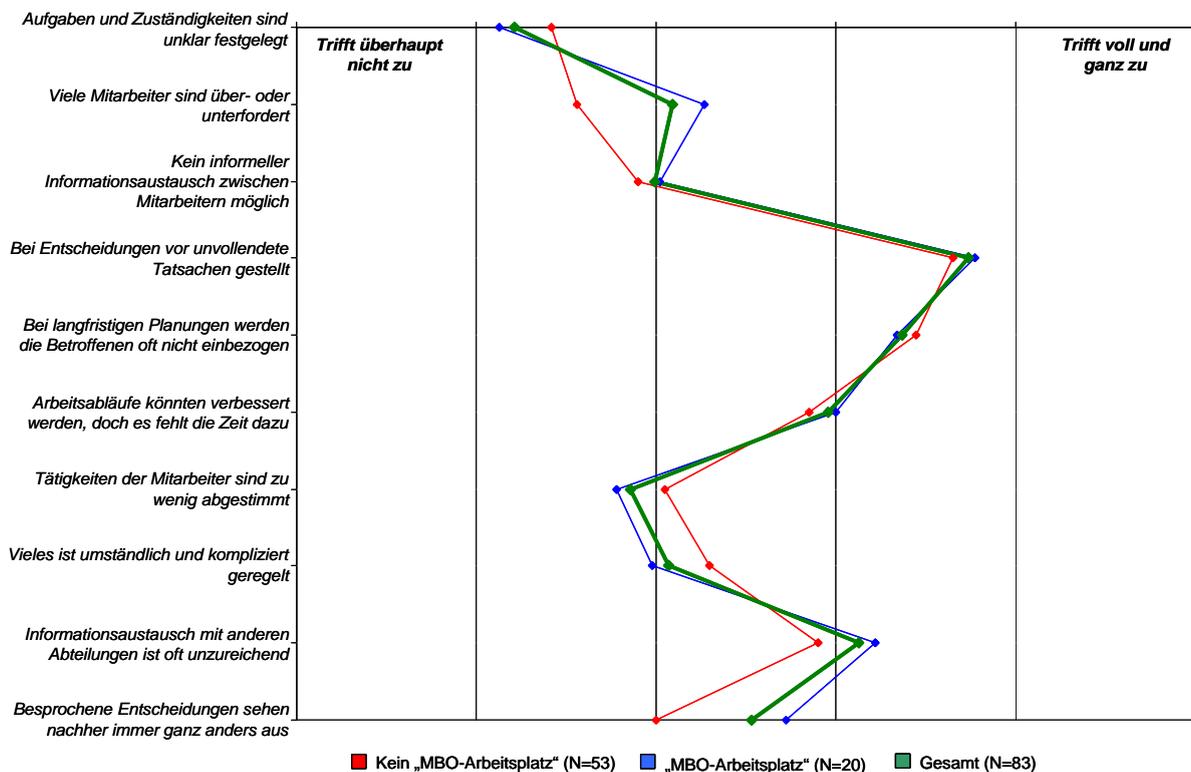


Abb. 11: Innerbetriebliche Abläufe II nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

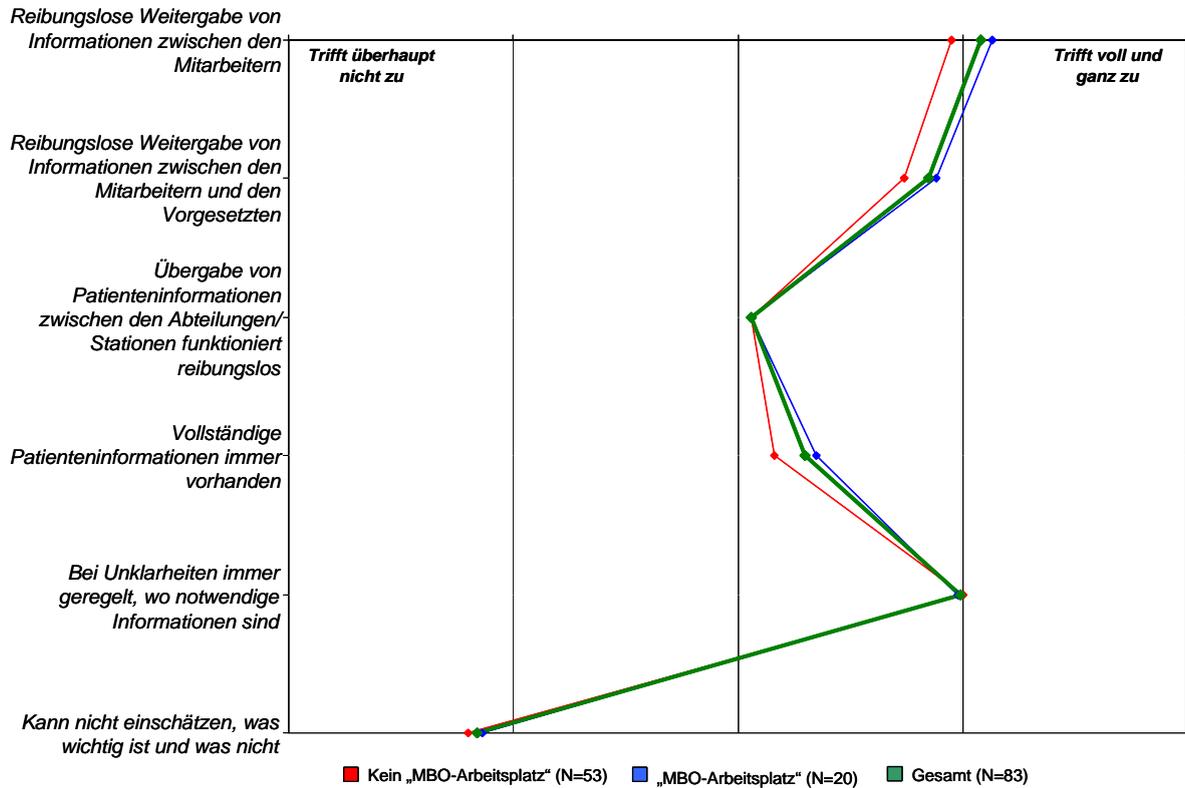


Abb. 12: Innerbetriebliche Abläufe III nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

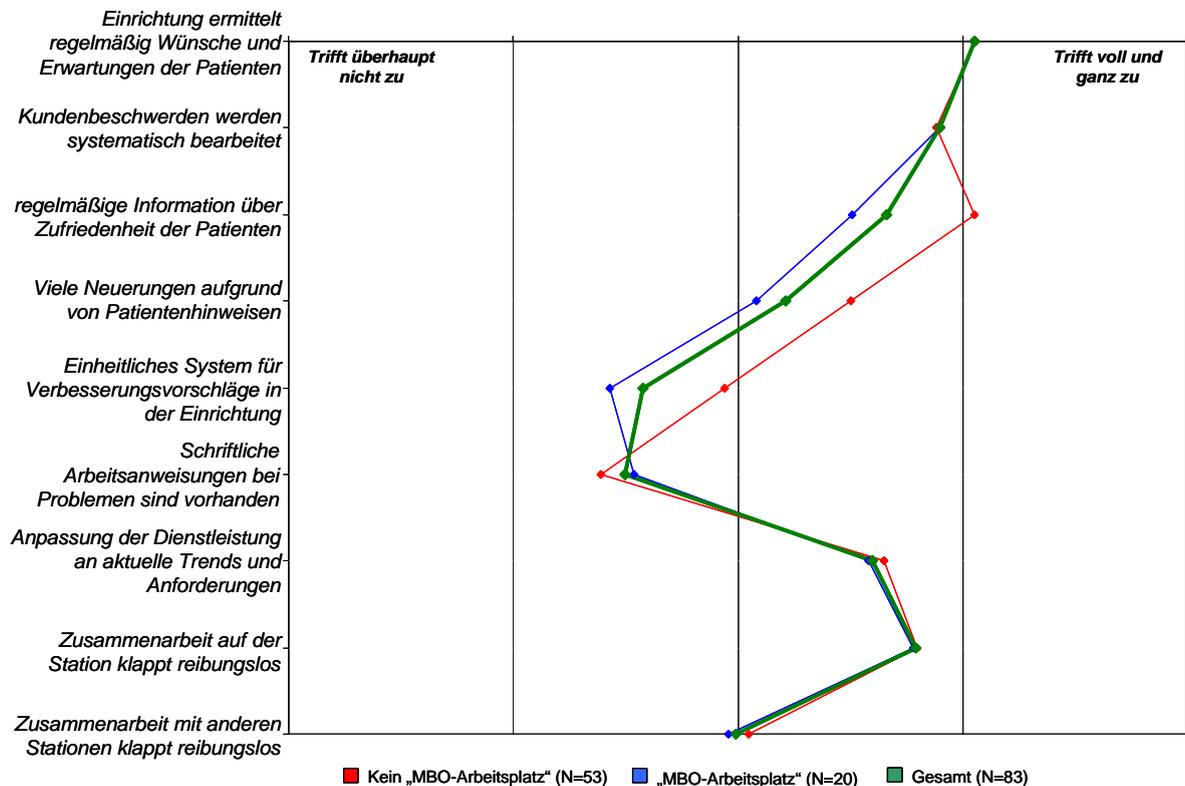


Abb. 13: Innerbetriebliche Abläufe IV nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

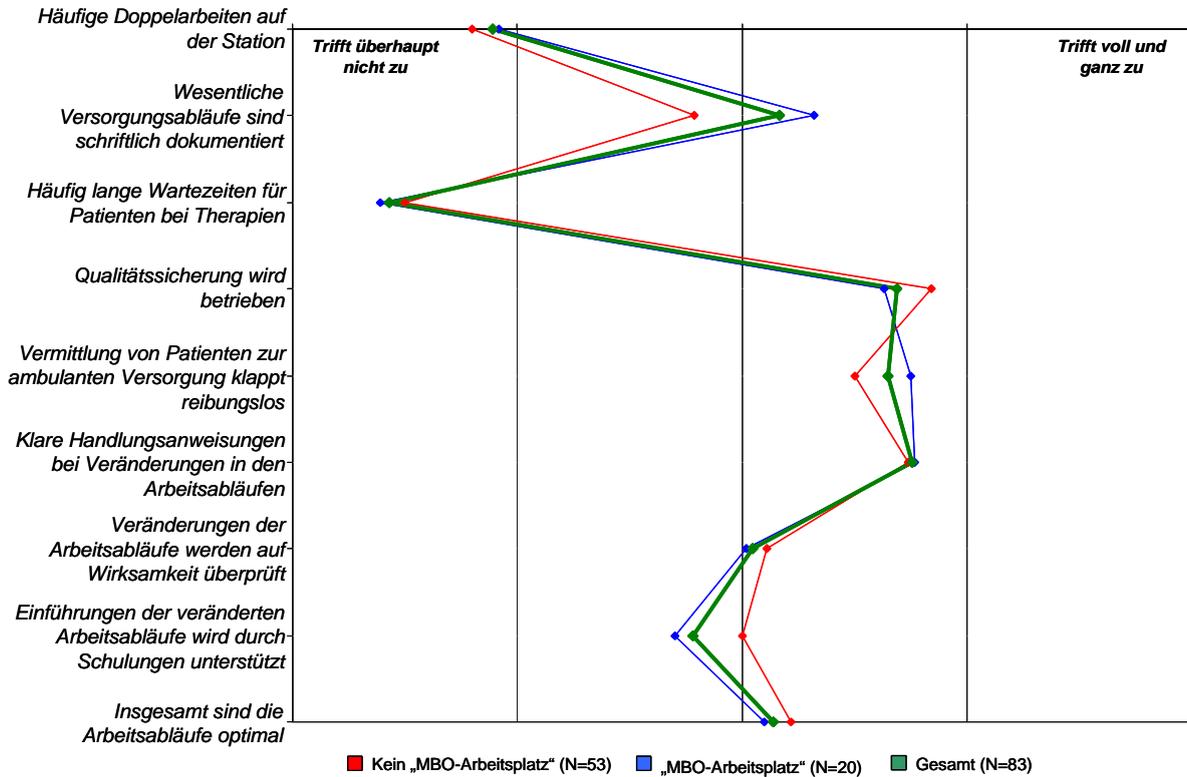


Abb. 14: Optimierungsbedarf nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

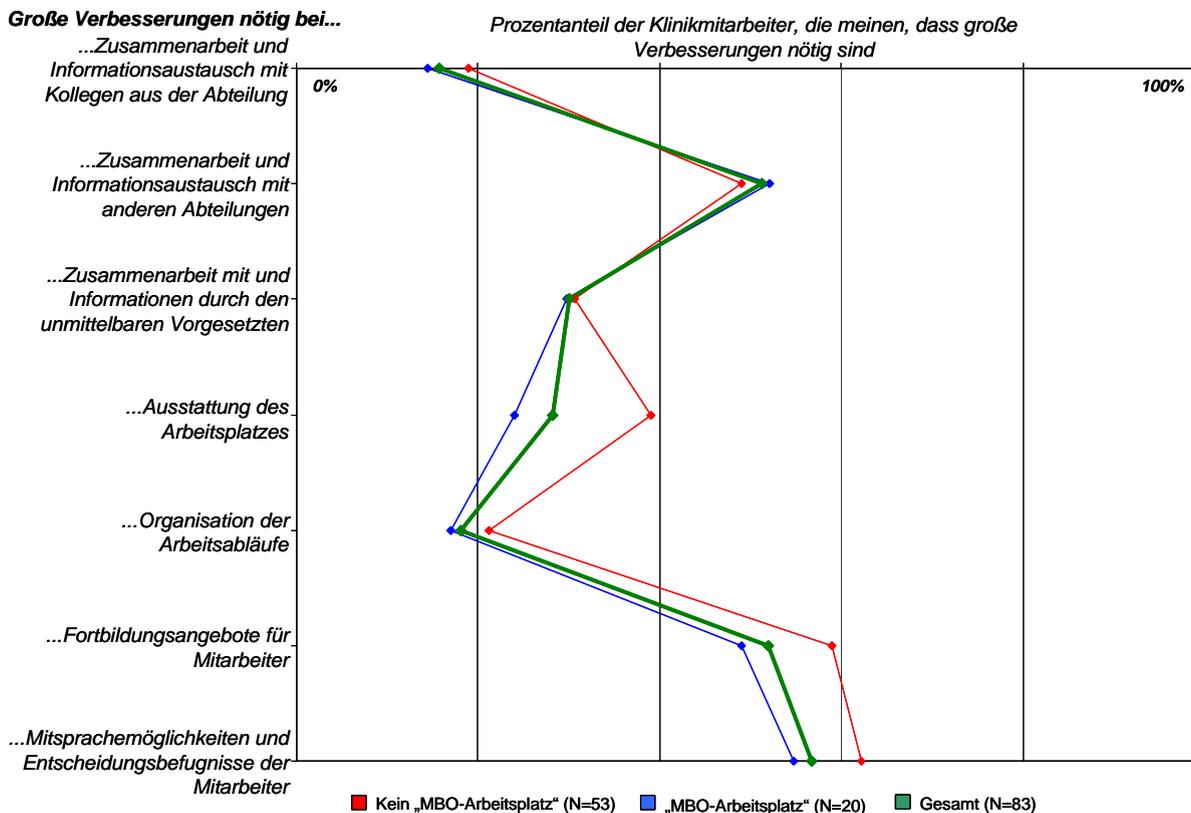


Abb. 15: Mitarbeiterzufriedenheit I nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

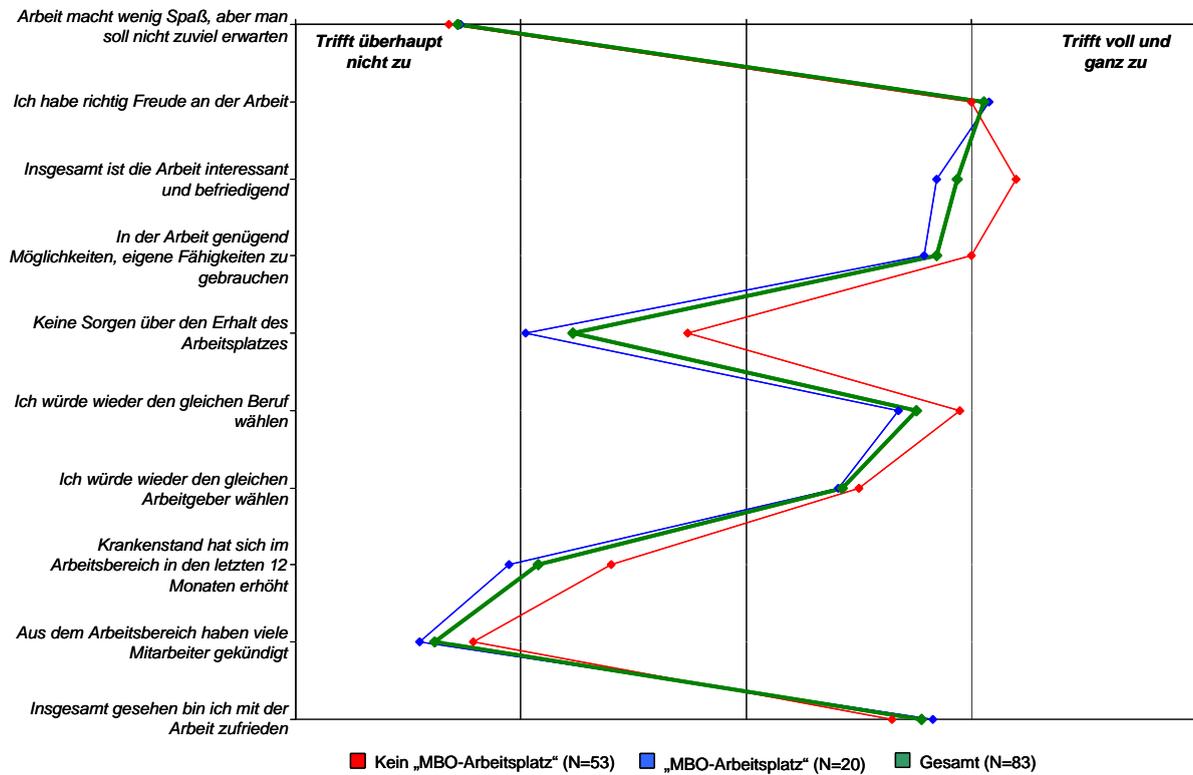


Abb. 16: Mitarbeiterzufriedenheit II nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

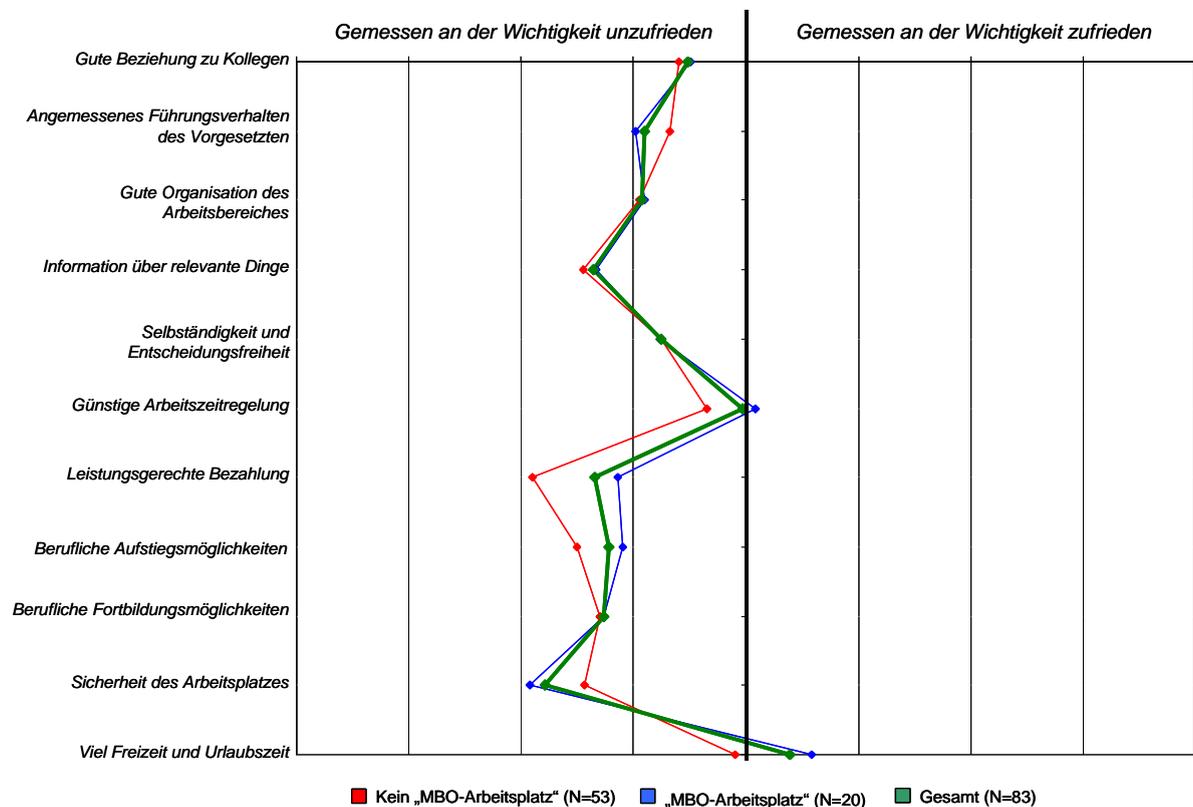


Abb. 17: Einschätzung der Patientenzufriedenheit nach Kenntnis über MBO-Modell der Klinik

**Wie beurteilen Patienten
Ihrer Meinung nach...**

