



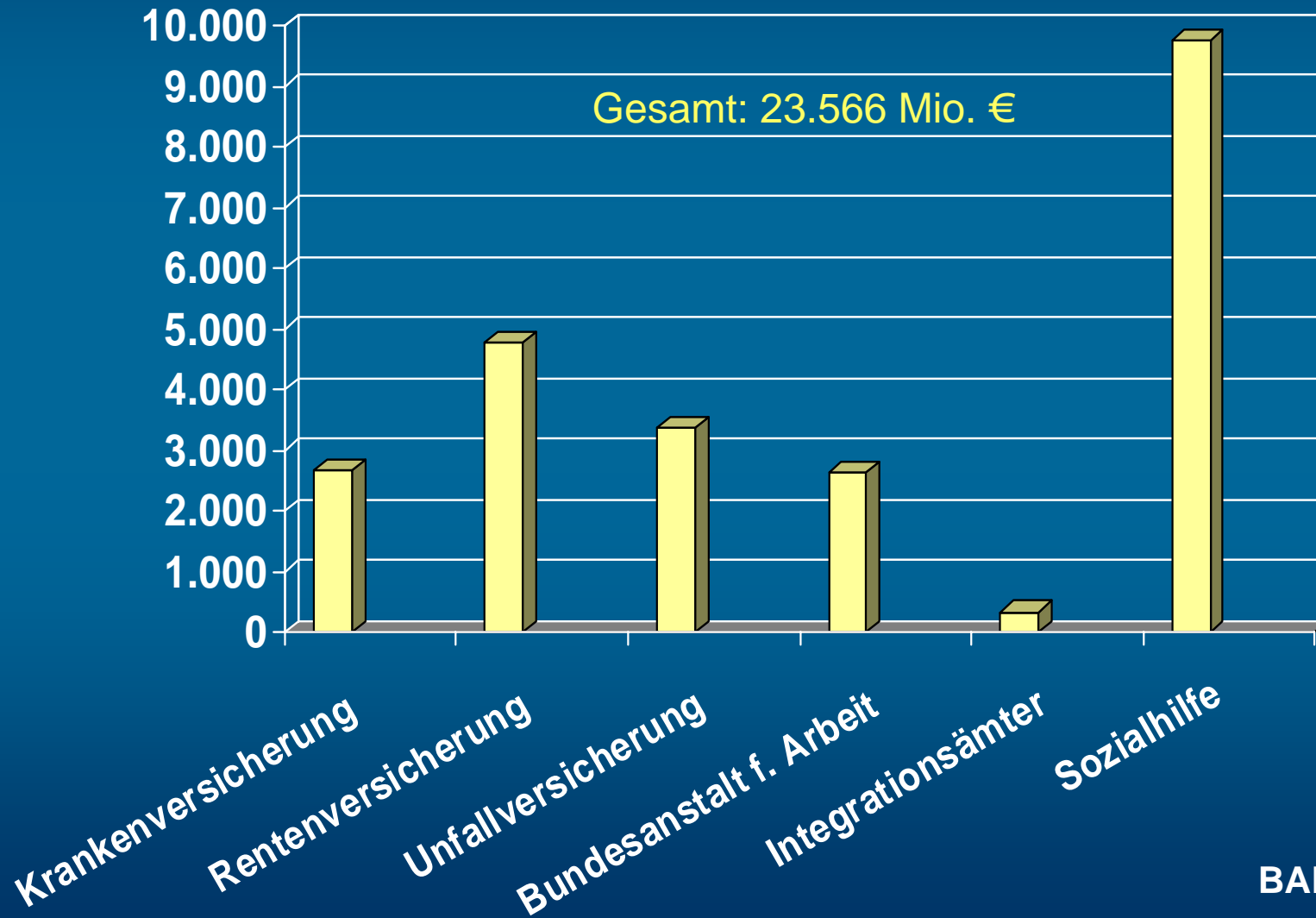
# Reha-Leistungen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit - Prädiktoren einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation

Mag. Dr. Karin Meng

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie,  
AB Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

**Hintergrund**

# Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe



# Rehabilitative Versorgung

## Leistungs- erbringer

## 7 Leistungsträger

## Gesetzliche Grundlagen

---

- medizinische	- Bundesanstalt f. Arbeit	SGB III
- berufliche	- gesetzl. Krankenkassen	SGB V
- soziale	- Rentenversicherungsträger	SGB VI
- schulische	- Berufsgenossenschaften/ Unfallkassen	SGB VII
	- Jugendhilfe	SGB VIII
	- Sozialhilfeträger	SGB XII
	- Integrationsämter	SGB XI
		SGB IX

# Rehabilitative Versorgung

Leistungserbringer	7 Leistungsträger	Gesetzliche Grundlagen
- medizinische	- Bundesanstalt f. Arbeit	SGB III
- berufliche	- gesetzl. Krankenkassen	SGB V
- soziale	- Rentenversicherungsträger	SGB VI
- schulische	- Berufsgenossenschaften/ Unfallkassen	SGB VII
	- Jugendhilfe	SGB VIII
	- Sozialhilfeträger	SGB XII
	- Integrationsämter	SGB XI
		SGB IX

# Leistungsträger der Rehabilitation

## Medizinische Leistungen

Rentenversicherung	62%
Krankenversicherung	31%
Unfallversicherung	6%

## Berufsfördernde Leistungen

Bundesanstalt f. Arbeit	79%
Rentenversicherung	17%
Unfallversicherung	5%

# Gesetzgebung/ § 10 SGB VI



## Sozialgesetzbuch

- I. Allgemeiner Teil
- III. Arbeitsförderung
- IV. Gem. Vorschriften
- V–VII. Kranken-, Renten- und Unfallversicherung
- VIII. Kinder-/Jugendhilfe
- IX. Rehabilitation/Teilhabe
- X. Soz.-Verwaltungsverfahren
- XI. Pflegeversicherung

31. Auflage  
2004

Beck-Texte im dtv

In der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und eine voraussichtliche Möglichkeit diese günstig zu beeinflussen zwei notwendige Bedingungen für einen Rehabilitationsbedarf (§ 10 SGB VI).

Prinzip: „Reha vor Rente“

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ergänzende Leistungen

# Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

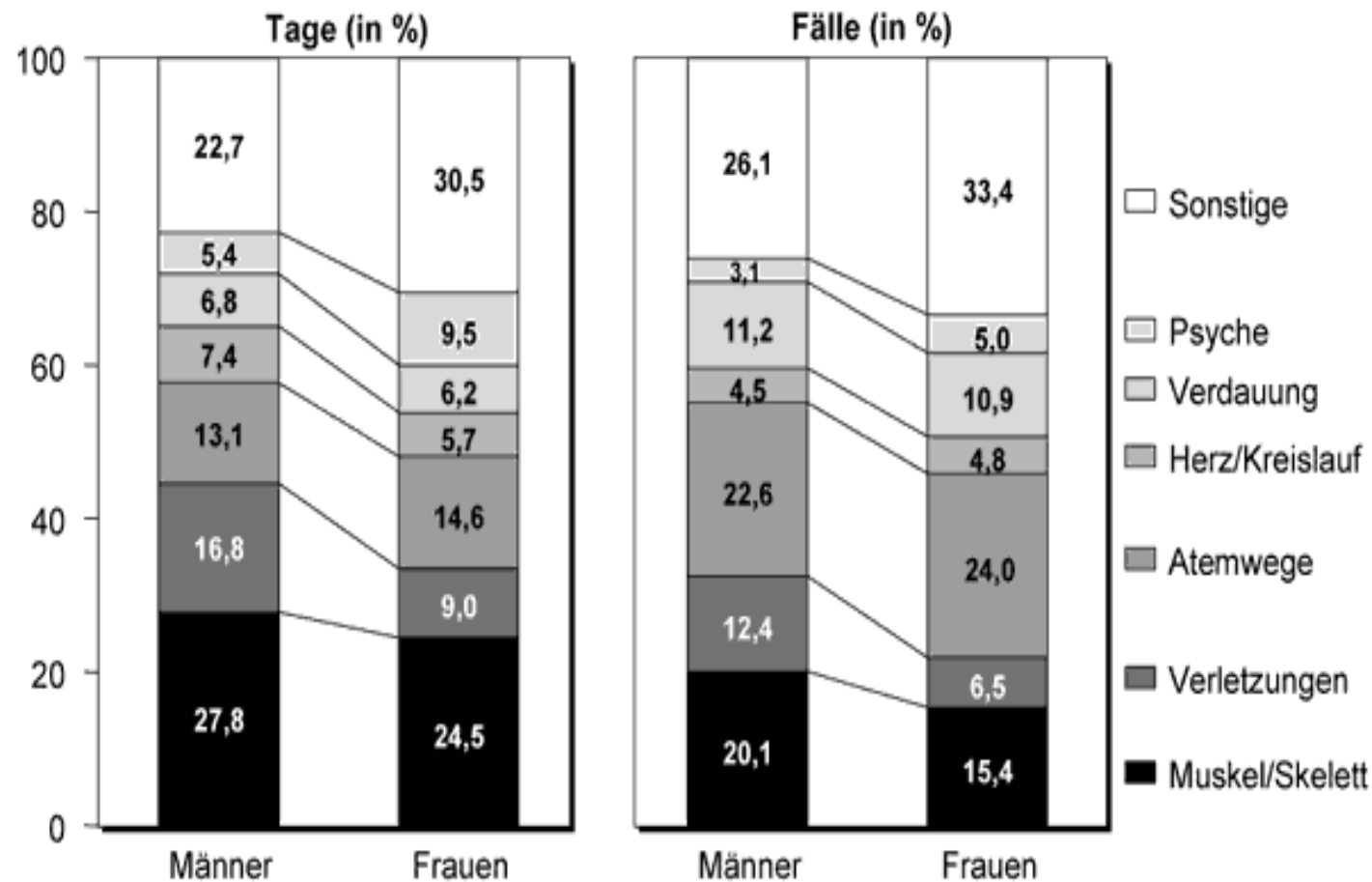
- Programm von Rentenversicherung und BMBF
- Ziele: Erkenntnisgewinn und Aufbau von rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstrukturen
- 40 Mio. € für 8 Jahre an 8 Forschungsverbände
- 2 Förderphasen (1998-2002, 2001-2005), jeweils 75 Projekte
- ➔ Verwissenschaftlichung und Evaluationsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation
- ➔ Umsetzung der Forschungsergebnisse

**Erfolg medizinischer  
Rehabilitation  
bei muskuloskelettalen  
Erkrankungen**

# Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

- 40% der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - 20% Dorsopathien (Rückenleiden u. -schmerzen)
- Hauptkostenfaktor im Gesundheitssystem; sozialmedizinische Bedeutung: AU-Zeiten

## Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten und Geschlecht, AOK-Mitglieder, 2003

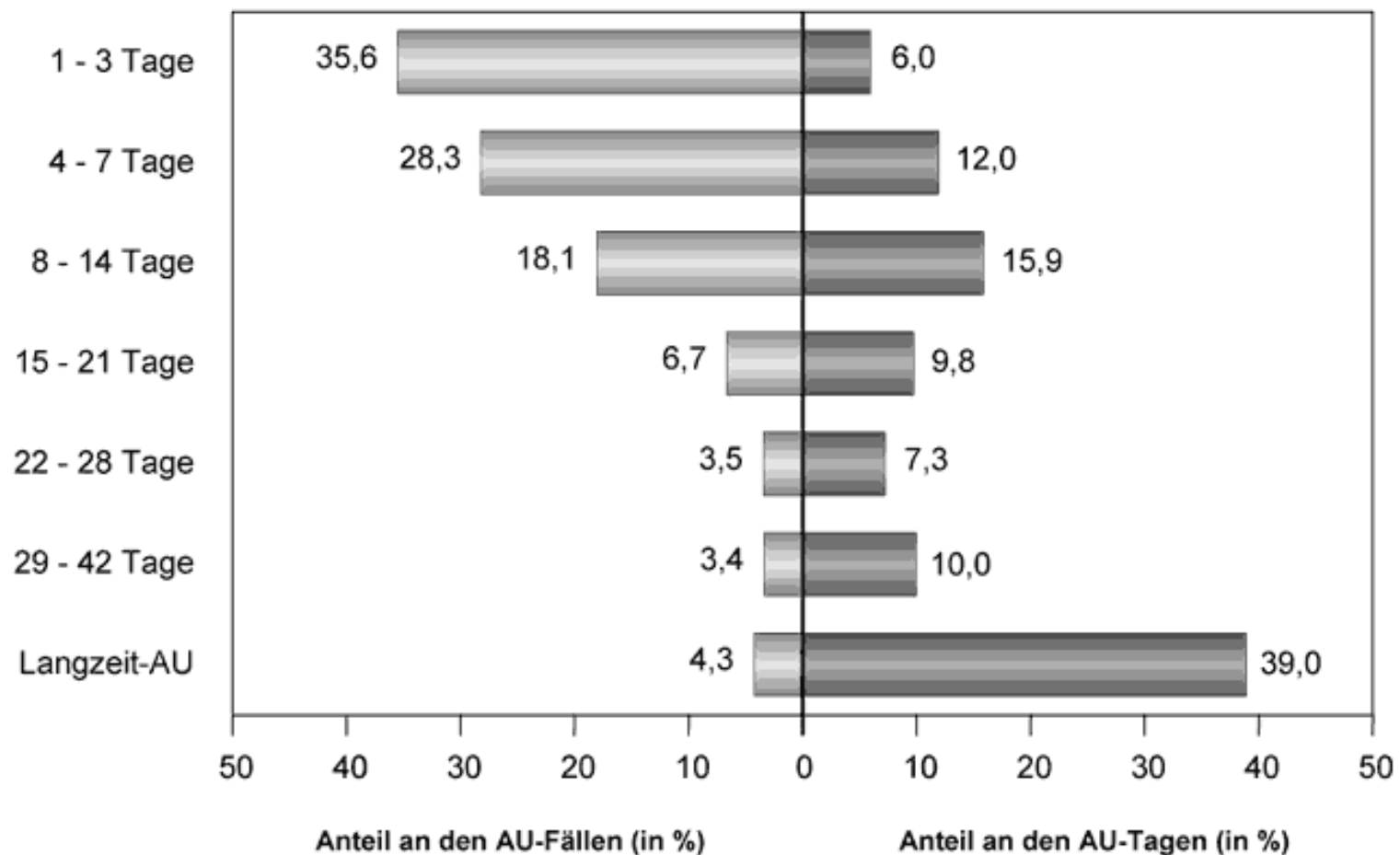


Quelle: WIdO, Fehlzeiten-Report 2004

# Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems

- 40% der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
  - 20% Dorsopathien (Rückenleiden u. -schmerzen)
- Hauptkostenfaktor im Gesundheitssystem; sozialmedizinische Bedeutung: AU-Zeiten
- 20% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

### Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle nach der Dauer, AOK-Mitglieder, 2003



Quelle: WIdO, Fehlzeiten-Report 2004

# Rehabilitationserfolg

- Verbesserung der gesundheitlichen Probleme und Einschränkungen
- Annahme weiterführender Gesundheitsangebote
- Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Verbleib im Erwerbsleben/ kein Rentenantrag
- subjektiver Nutzen

**Wirksamkeit/ Nutzen**

# Ist medizinische Rehabilitation bei chronischen Rückenleiden wirksam?

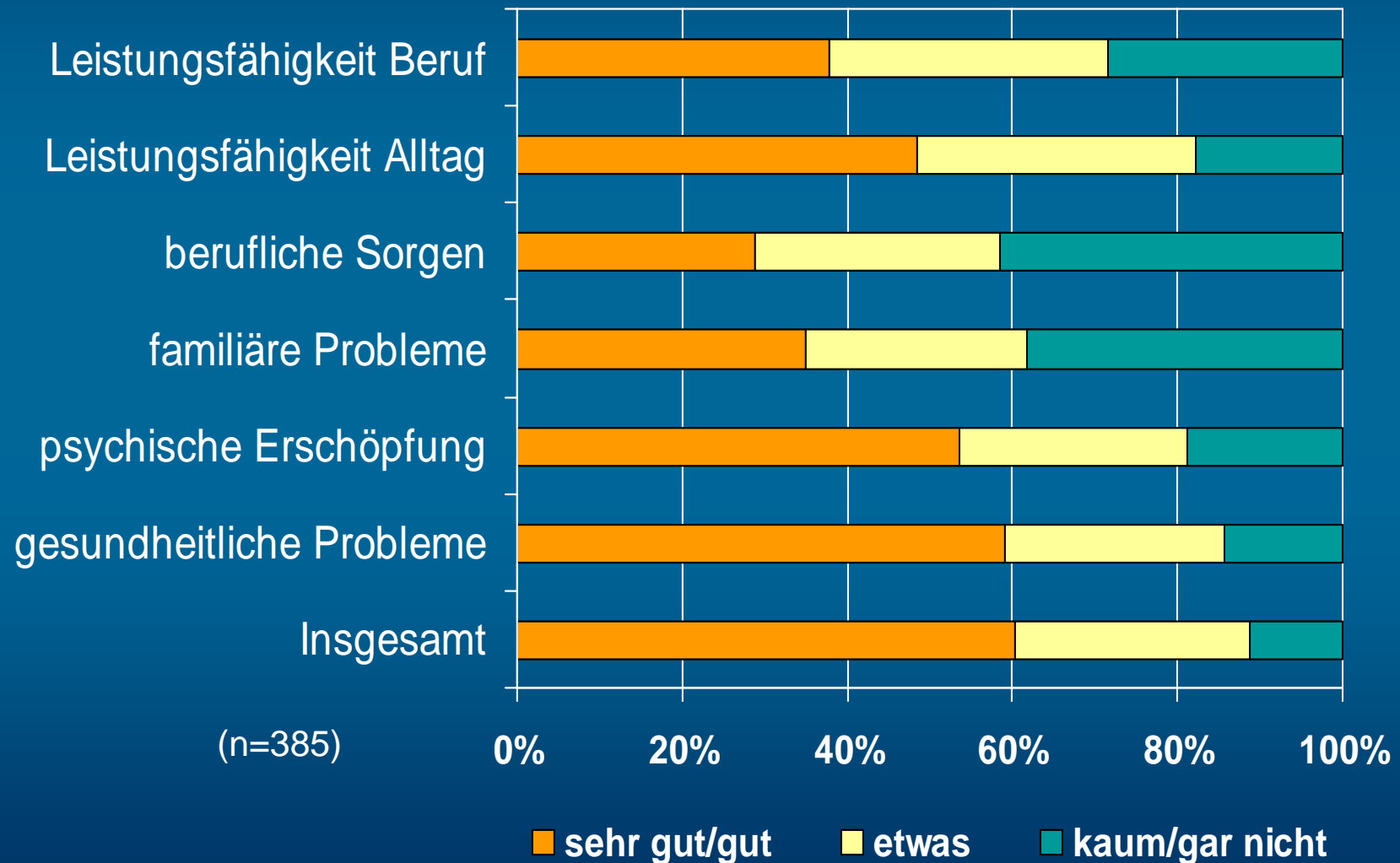
Parameter: Schmerzintensität, Vitalität, Depressivität, katastrophisierende Kognitionen, Funktionskapazität, AU-Tage

- große Spannbreite der Effekte in allen Parametern
- keine systematischen Einflüsse von Ausgangsniveau der Parameter, Alter, Geschlecht, Stichprobengröße
- kurzfristige (Reha-Ende) gute bis mittlere Effekte hinsichtlich Schmerzintensität, Vitalität, Depressivität
- keine nennenswerte Beeinflussung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen (Funktionskapazität, AU)
- keine Nachhaltigkeit der kurzfristig erreichten positiven Effekte

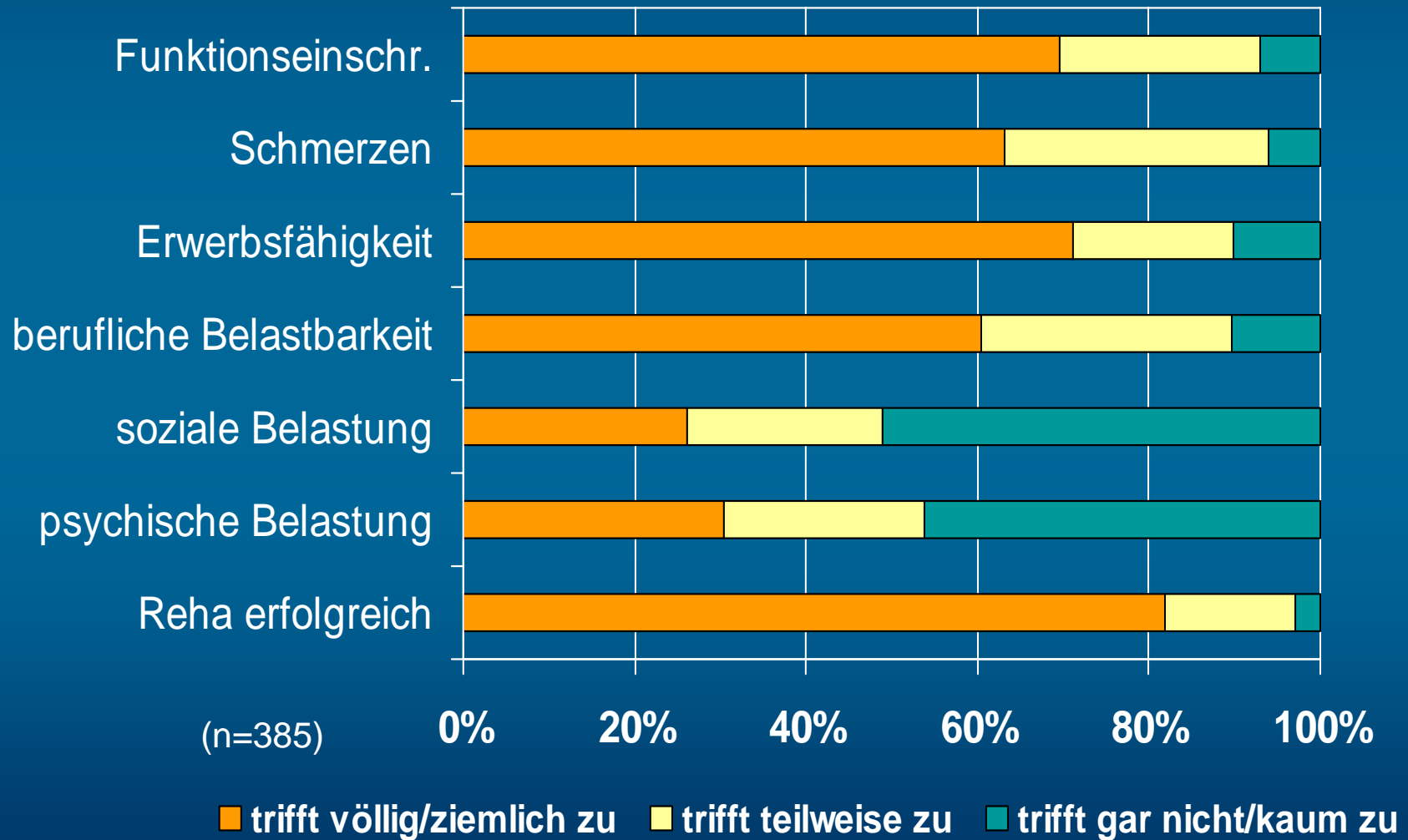
# Fehlende Nachhaltigkeit?

- keine oder falsche Rehavorbereitung?
- mangelnde Nachsorge?
- unzureichende Intensität der Behandlung?
- kein ausreichendes multimodales Therapieprofil?
- fehlende Individualisierung, Flexibilität?
- verfehlte Zielorientierung (klinische Verbesserung vs. Ausgleich der Teilhabestörung)?
- Präferenzen (Erwartungen, Wünsche) der Patienten zu wenig berücksichtigt?
- unzureichende bzw. falsche Auswahl der Rehabilitanden?
- „maskierte“ Nachhaltigkeit (Subgruppen, Klinikeffekte, keine Verschlechterung...)?

# Subjektiver Rehabilitationserfolg (C5)

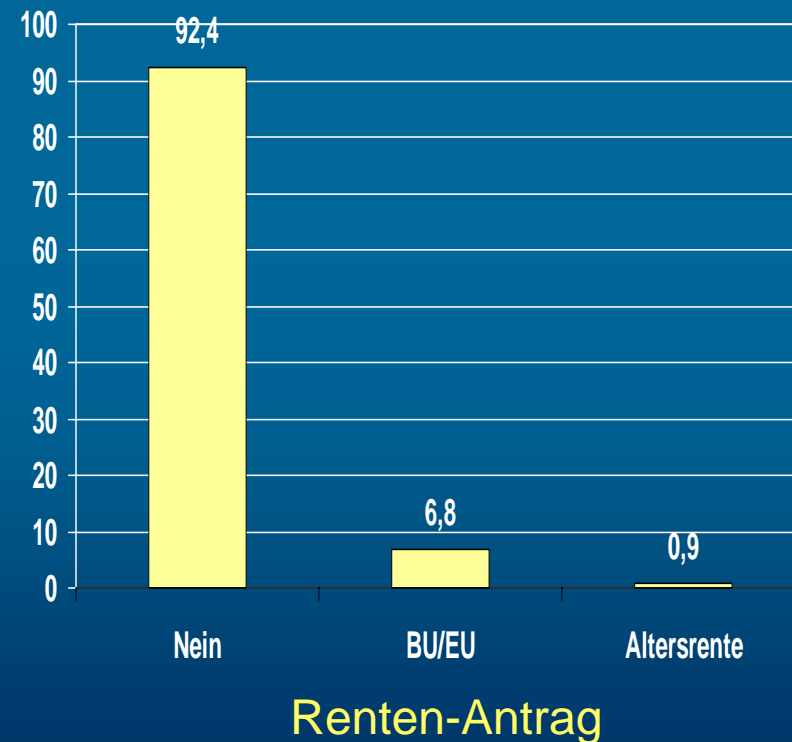
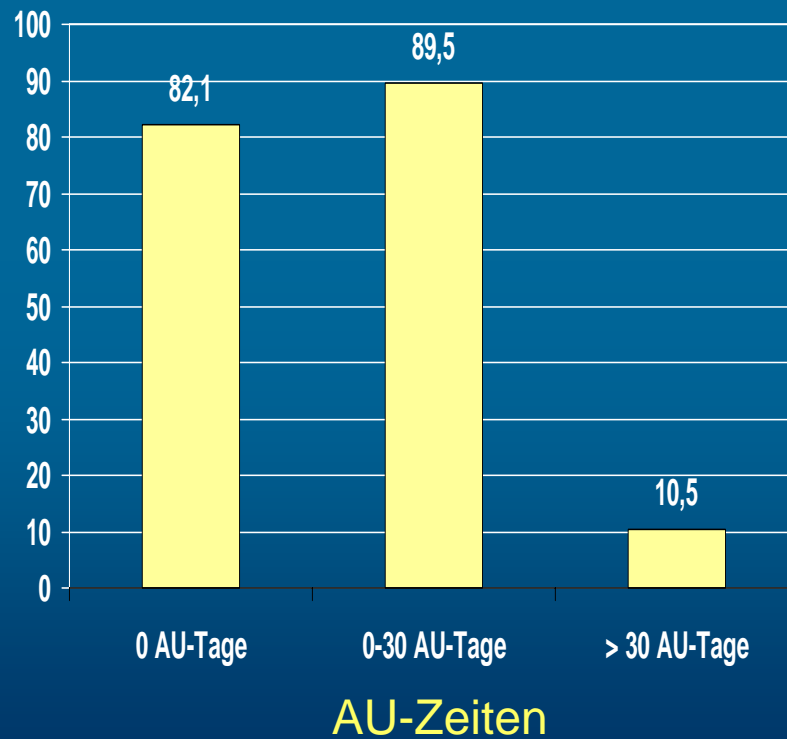


# Rehabilitationserfolg/ Arzturteil (C5)



# Objektiver Verlauf von Rehabilitanden nach medizinischer Reha (C2)

N = 479 (89% der Ausgangsstichprobe); Alter: M = 49 Jahre  
9 Monate nach der Rehabilitation wiesen 86% einen günstigen sozialmedizinischen Verlauf auf.



# Zusammenhang mit sozialmedizinischer Beurteilung?

Mediziner: Untersuchungsgutachter UG (LVA), Klinikärzte K (Reha)

Bedeutsame Zusammenhänge ( $r > .30$ ):

- aktuelle Arbeitsunfähigkeit (UG)
- Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr (UG)
- Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter Tätigkeit (UG, K)
- Patient traut sich sofortige Erwerbstätigkeit nach Reha zu (K)
- Skala „Berufliche Leistungsfähigkeit“ (UG, K)

\* Funktionseinschränkungen, Schmerzen, Risikofaktoren, Berufliche Belastung, Soziale Belastung, Einschränkungen im alltäglichen Leben, Schulungsbedarf, Bewertung bisheriger Maßnahmen, Reha-Erfolgsprognose, Reha- und Änderungsmotivation, etc.

# Zusammenhang mit Patientenangaben?

Zeitpunkt: Antragstellung A, Reha-Beginn B, Reha-Ende E

Bedeutsame Zusammenhänge ( $r > .30$ ):

- aktuelle Arbeitsunfähigkeit (A)
- aktuelle berufliche Leistungsfähigkeit (A, B, E)
- Hoffnung Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen innerhalb ... (B, E)
- Höhe der Rentenbedürftigkeit (E)

\* Somatischer Status (Schmerzen, Risikofaktoren), Funktionaler Status (Beanspruchung im Beruf, Behinderung im Alltag), Psychosozialer Status (Psychische Belastung, Psychische Probleme, soziale Probleme), Reha-Stauts (IRES), Fragen zur Erwerbstätigkeit (Belastung am Arbeitsplatz, Berufliche Sorgen, Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren), etc.

# Prädiktoren von Erwerbstätigkeit nach der Rehabilitation

- AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten vor Reha
- subjektive Arbeitsprognose
- subjektives Leistungsvermögen im Beruf
- bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit
- arbeitsplatzspezifische Faktoren
- Funktionskapazität/ Reha-Status durch Arzt
- Komorbidität
- Lebensalter

(Bürger et al., 2001; C2; Ebinger et al., 2002; Mittag & Raspe, 2003; Slesina, 2005)

- ✓ klinische und körperliche Parameter eignen sich nicht oder nur bedingt als Prädiktor für Erwerbsstatus
- ✓ gesicherte Prädiktoren für Rückkehr zur Arbeit sind soziodemographische und psychosoziale Variablen
- ✓ höchster prädiktiver Wert: subjektive Arbeitsprognose

Zusammenhang: Alter, Bildungsstatus, Berufsposition, Arbeitsplatzanforderungen, Ausmaß depressiver Verstimmung, Arzturteil (Zuversicht)

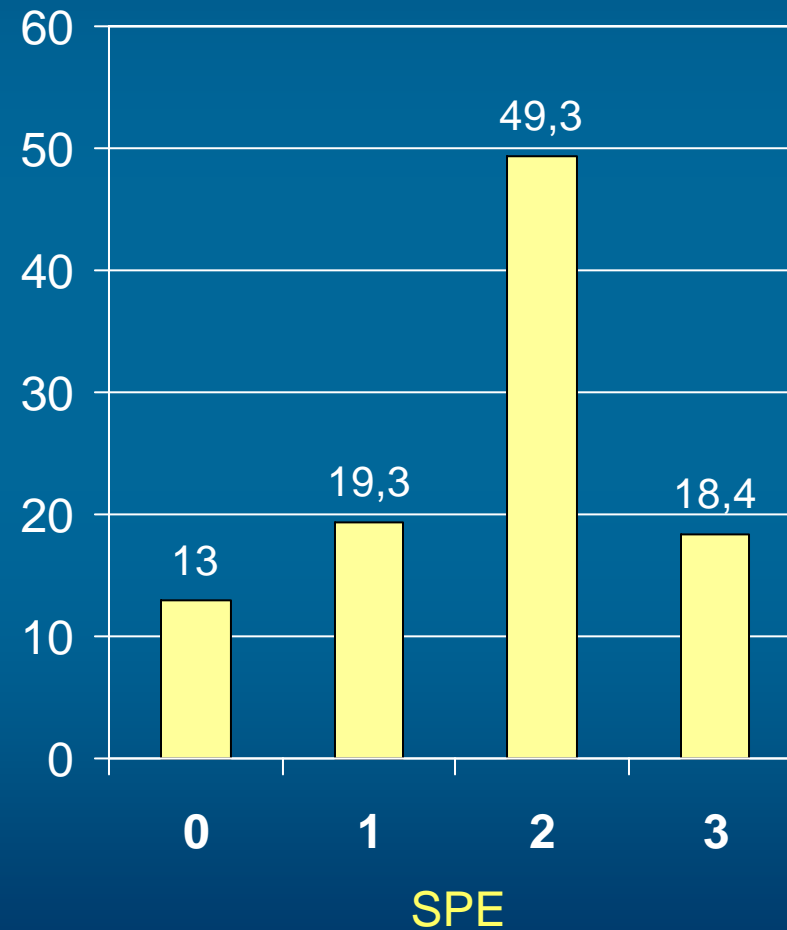
# Subjektive Arbeitsprognose bei Rehabilitanden

## Skala zur Messung der Subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit SPE (Mittag & Raspe, 2003)

- (1) Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?  
Antwortkategorien: sicher/ eher ja/ unsicher/ eher nein/ auf keinen Fall
- (2) Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?  
Antwortkategorien: nein/ ja
- (3) Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Rentenanspruch (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?  
Antwortkategorien: nein/ ja

# SPE bei Reha-Antragstellung (C5)

Einschluss (t1)	n = 975
Responderrate	69%; n = 641
Diagnose	
Rückenleiden	93%
Gelenkkrankheiten	43%
IRES 3.1 Reha-Status	5 (1,2)
Geschlecht	73% Männer
Lebensalter	48 (8,5) Jahre
Erwerbsstatus	
vollzeit	78%
teilzeit	10%
arbeitslos	9%
Berufsstatus	89% Arbeiter



## Bedeutsame Zusammenhänge ( $r > .30$ ):

- Reha-Status
- Berufliche Funktionsfähigkeit
- Krankheitsbewältigung
- Arbeitszufriedenheit
- Berufliche Sorgen
- Beanspruchung am Arbeitsplatz
- Vitale Erschöpfung
- Depressivität

Kein Zusammenhang mit den Reha-Empfehlungen der Sozialmediziner!

## Kann medizinische Rehabilitation die subjektive Arbeitsprognose verbessern?

- subjektive Prognose (SPE) verbessert sich signifikant
  - Verbesserungen vor allem bei Patienten ohne beabsichtigter Rentenantragstellung
  - Funktionskapazität, Depressivität, dysfunktionale Kognitionen verbesserten sich tendenziell stärker bei Patienten mit initial niedrigerer Gefährdung
  - parallele Entwicklung von subjektiver Erwerbsprognose, Depressivität und Katastrophisieren
- ➔ besonderer Betreuungsbedarf zur Sicherung des Reha-Erfolgs bei subjektiv negativer Prognose (z.B. sozialmedizinische Beratung, psychologische Interventionen,...)

(Theissing et al., 2005)

# Aktuelle Umsetzungsaspekte

- frühzeitige Identifikation von Rehabedarf
- frühzeitige Identifikation des Bedarfs an berufsbezogenen Maßnahmen (Screeninginstrumente, Assessmentinstrumente)
- verstärkte Integration beruflicher Maßnahmen in die medizinische Rehabilitation (MBO-Rehabilitation)
- ambulante Nachbetreuungsprogramme
- Vorbereitung beruflicher Rehamaßnahmen

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**Mag. Dr. Karin Meng**

**[k.meng@mail.uni-wuerzburg.de](mailto:k.meng@mail.uni-wuerzburg.de)**