

- Bürger, W., Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? *Die Rehabilitation*, 50, 178–185.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C., Stapel, M. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Die Rehabilitation*, 50, 74–85.
- Wasilewski, R., Oertel, M., Faßmann, H. (1995): Maßnahmen zur Stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). *Forschungsbericht 249*: Bonn.

Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungsbeitragszahlungen

- Nübling, R. (1), Kaluscha, R. (2), Krischak, G. (2), Kriz, D. (1), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M. (6), Schmidt, J. (1), Kaiser, U. (7), Toepler, E. (8)*
- (1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GfQG, Karlsruhe, (2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, (3) DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe, (4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Facharztpraxis Bad Kissingen, (7) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz (8) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund

Return to Work (RTW) stellt ein wesentliches Outcomekriterium für die Abbildung der Effektivität medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen dar. Dabei hängt die Höhe der RTW-Quote u. a. von Messmethode, Messzeitpunkt und Stichprobe ab (Streibelt, Egner, 2012). RTW wird häufig mit dem bloßen Status der Erwerbstätigkeit oder Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt, wobei kritisiert werden kann, dass dabei der Aspekt einer dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung zu wenig Berücksichtigung findet. Vorgeschlagen wurde die zusätzliche Einbeziehung der Kriterien a) Fehlzeiten unter 12 Wochen im Jahr nach der Reha, b) kein Rentenantrag gestellt und c) kein Rentenantrag geplant. Diese RTW-Berechnungsvariante wird auch als „Return to Work good health“ bezeichnet (Morfeld, 2009; Bürger et al., 2001). Eine zweite Ebene stellen die Konzepte der Zeitpunkt- und der kumulativen Zeitverlaufsquote dar (Streibelt, Egner, 2012). Im Rahmen der „Reha-QM-Outcome-Studie“ (Nübling et al., 2015) können aus den Berechnungsvarianten a) Status der Erwerbstätigkeit („einfache Berechnung“) vs. „good health“ und b) Zeitpunkt vs. Zeitverlauf vier unterschiedliche RTW-Quoten berechnet werden. Zentraler Fokus des Beitrags ist der Vergleich dieser RTW-Quoten sowie die Abschätzung deren Validität auf der Basis von Beitragsleistungen aus Beschäftigung.

Methodik

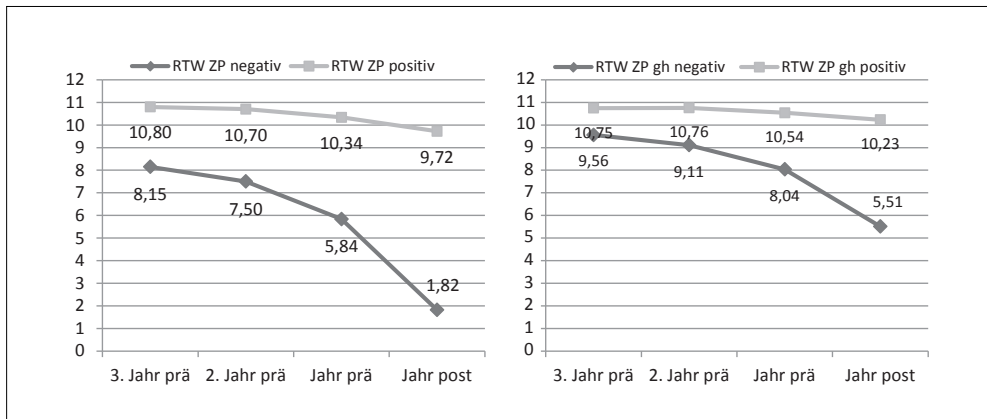
Es handelt sich um eine naturalistische, multizentrische Beobachtungsstudie mit Selbstangaben der Patienten und Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD). Die Stichprobe für die vorliegende Fragestellung umfasst n = 2947 Versicherte der DRV Baden-Württemberg, die 2011 in 21 Verbundkliniken behandelt wurden und zum Zeitpunkt der

Reha-Antragstellung erwerbstätig oder arbeitslos waren. Die Stichprobe war weitgehend repräsentativ für die Grundgesamtheit der ausgewählten Versicherten. Verglichen werden vier Quoten:

- die „einfache“ RTW-Zeitpunktquote (RTW_ZP)
- die „einfache“ kumulative RTW-Zeitverlaufsquote (RTW_kumV)
- die RTW-Zeitpunktquote „good health“ (RTW_ZP_gh) und
- die kumulative RTW-Zeitverlaufsquote „good health“ (RTW_kumV_gh)

Ergebnisse

Die RTW-Quoten unterscheiden sich deutlich, sie liegen zwischen 46 % (RTW_ZP_gh) und 83 % (RTW_kumV). Die Sozialversicherungsbeitragsverläufe zeigen, dass die Quoten nach der einfacheren Berechnung eindeutiger differenzieren. Die Abbildung zeigt den Vergleich zwischen den beiden Zeitpunktquoten, ähnliche Verläufe ergeben sich auch für die beiden kumulativen Zeitverlaufsquoten. Diese bessere Differenzierungsfähigkeit wird auch durch ROC-Analysen bestätigt wird (AUC zwischen 0,928 für die einfache ZP-Quote und 0,762 für die Verlaufsquote „good health“).



Anm.: Vergleich von Rehabilitanden, die weiter oder wieder erwerbstätig sind (Return to Work, RTW, positiv) und Rehabilitanden, die nicht weiter/wieder erwerbstätig sind (RTW negativ); Zeitpunktquote RTW „einfach“ (links) und RTW „good health“ (rechts) im Vergleich; n = 2484/2661

Abb.: Beitragsentwicklungen drei Jahre vor und ein Jahr nach der Reha, gewichtete Beitragsmonate

Diskussion

Für die Berechnung und den Vergleich der RTW-Quoten sollte künftig die Validierung anhand konkreter Beitragsleistungen eine stärkere Berücksichtigung finden. Die prognostische Bedeutung outcomerelevanter Variablen für die längerfristigen Beiträge aus Beschäftigung, wie z. B. der Intention zur Frühberentung, ist weiter zu untersuchen.

Literatur

Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach or-

thopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Rehabilitation (Stuttg.)*; 40 (4): 217–225.

Morfeld, M. (2009): Die Operationalisierung von „Rückkehr an den Arbeitsplatz“ als unterschätzte Herausforderung an die Abbildung der Ergebnisqualität. In: DRV Bund, Hrsg. *Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin: DRV Bund; 100–113.

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J., Krischak, G., Kriz, D., Müller, G. et al. (2015): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, in press.

Streibelt, M., Egner, U. (2012): Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Rehabilitation (Stuttg.)*; 51 (6): 398–404.

Wie gut prognostizieren Patientenangaben, Arzteinschätzung und Ergebnisse des EFL-Screenings die Rückkehr ins Erwerbsleben?

Szczotkowski, D. (1), Buchholz, I. (1), Schnalke, G. (2), Jacobs, A. (2), Kohlmann, T. (1)

(1) Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald,

(2) EFL-Bundesverband, Braunschweig

Hintergrund

In den letzten Jahren haben FCE-Systeme (Functional Capacity Evaluation) in der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ein spezielles FCE-Verfahren ist die „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit“ nach Isernhagen (EFL), die seit ihrer Einführung 1996 in Deutschland von Rehabilitationseinrichtungen zur Einschätzung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung genutzt wird. Die Studienlage zur Frage, ob sich EFL auch zur Prognose der Rückkehr ins Erwerbsleben (Return to Work, RTW) eignet, ist jedoch noch lückenhaft und zum Teil widersprüchlich (Gross et al., 2004; Kuijer et al., 2012; Matheson et al., 2002; Oliveri et al., 2005; Pransky, Dempsey, 2004). Das EFL-Screening ist eine verkürzte, auf eine Stunde begrenzte Form der EFL. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, wie gut sich RTW durch ein EFL-Screening im Vergleich zu zeitökonomischeren Assessments (Selbstangaben des Patienten, Einschätzung durch den Arzt) präzisieren lässt.

Material und Methoden

Zum Messzeitpunkt T1 wurden in insgesamt zwölf kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen N=300 Rehabilitanden eingeschlossen, die wegen einer muskuloskelettalen Erkrankung ein EFL-Screening erhielten und nach Arztmeinung eine realistische Aussicht auf eine berufliche Wiedereingliederung hatten. Die Studienteilnehmer wurden vor dem EFL-Screening in den beteiligten Einrichtungen mit einem Fragebogen zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand (SF-36), ihrer Funktionsfähigkeit (PACT, FFbH-R) sowie berufsbezogenen Größen (DIAMO, SIBAR) befragt. Außerdem gaben die teilnehmenden Ärzte eine Be-

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Rheinland

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Dr. Hans-Günter **Haaf**,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**,
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Programmkomitee

Prof. Dr. H. H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C. P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W. F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Dr. D. **Girbig** (Stuttgart), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. A. **Günthner** (Speyer), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow/Berlin), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Völler** (Potsdam), Prof. Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

Kongresskomitee

Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation)
Stefanie **Märtin**, Daniela **Sewöster** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund

Holger **Hallmann**, Detlef **Koch**, Georg **Lammersen**,
Christian **Terhardt**, Ulrich **Theißen** (Organisation)
Deutsche Rentenversicherung Rheinland