



Medizinische Hochschule  
Hannover



Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

# Abschlussbericht

zum Projekt

## **EX-PLORE:**

**Exploration von Problemlagen  
in der orthopädischen Rehabilitation**

gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Stand: 19.11.2014

durchgeführt an der  
Medizinischen Hochschule Hannover

*Erstellt von:*  
Betje Schwarz

*Projektleitung:*  
Dipl.-Soz. Betje Schwarz  
Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Rehabilitationsmedizin  
Abteilung Rehabilitationsforschung  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511/532-8118  
E-Mail: schwarz.betje@mh-hannover.de

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	4
2. Hintergrund der Studie .....	6
3. Fragestellung, Ziel und erwarteter Nutzen.....	10
4. Exkurs: Biopsychosoziales Modell funktionaler Gesundheit und ICF-Core-Sets.....	11
5. Methodisches Vorgehen.....	15
5.1 Studiendesign .....	15
5.2 Anlage und Durchführung der Erhebungen .....	16
5.3 Auswertung.....	18
6. Ergebnisse .....	24
6.1 Interviews mit RehabilitandInnen .....	24
6.2 ICF-Vercodung der RehabilitandInneninterviews .....	48
6.3 Fokusgruppen mit BehandlerInnen .....	81
6.4 Fokusgruppe mit BegutachterInnen und ExpertInnen der DRV Bund.....	92
6.5 Daten- und Perspektiventriangulation .....	95
7. Praxistools.....	102
7.1 Typisierte Problemlagebeschreibungen .....	103
7.2 Supplement I: Übersicht über die Behandlungsempfehlungen .....	144
7.3 Zuweisungspfade für die trägerseitige Systemsteuerung .....	146
7.4 Behandlungspfade für die klinikseitige Fallsteuerung .....	147
7.5 Supplement II: Grafische Darstellung der Problemlagen .....	148
7.6 Fragenkatalog zur Unterstützung der Fallsteuerung.....	149
7.7 Diagnostikinstrumente zur Unterstützung der Fallsteuerung .....	152
8. Ergebnisse der kommunikativen Validierung .....	155
9. Zusammenfassung und Diskussion .....	156
Literatur .....	162
Anhang.....	168
Anlage 1: Leitfaden für die RehabilitandInneninterviews .....	169
Anlage 2: Leitfaden für die BehandlerInnenfokusgruppen .....	172
Anlage 3: Leitfaden für die BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppe.....	174
Anlage 4: SIMBO-C .....	176
Anlage 5: UKS .....	177
Anlage 6: ICF-Vercodung der RehabilitandInneninterviews .....	178

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** In den vergangenen Jahren haben sich innerhalb der orthopädischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) neben der klassischen medizinischen zwei weitere Angebote, die verhaltensmedizinisch und die medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation, etabliert. Anliegen war es, die Effektivität der Rehabilitation über eine stärkere Zielgruppenausrichtung und Bedarfsadäquanz zu verbessern. Für eine bedarfsorientierte Zuweisung in die drei Angebote durch Träger und Kliniken sind Kenntnisse über die verschiedenen Zielgruppen und ihre Problemlagen von zentraler Bedeutung.

**Ziel** des Projektes ‚EX-PLORE‘ war die weitere Schärfung und Abgrenzung der Problemlagen, die eine klassische (OR), eine verhaltensmedizinische (VMO) bzw. eine medizinisch-beruflich orientierte (MBOR) orthopädische Rehabilitation indizieren. Es sollten unter Nutzung des biopsychosozialen Modells funktionaler Gesundheit typische Kennzeichen und Fälle der Problemlagen sowie eventuelle Sub- und Mischtypen identifiziert und auf dieser Basis praktikable Unterstützungstools für die Praxis (Typisierte Problemlagebeschreibungen, Zuweisungs- und Behandlungspfade sowie eine Sammlung von Diagnostikinstrumenten und Anamnesefragen zur Unterstützung der trägerseitigen System- und klinikseitigen Fallsteuerung) erstellt werden.

**Methoden:** Hierfür wurden im Rahmen eines qualitativen Studiendesigns mit multiperspektivischem Ansatz 24 problemzentrierte Interviews mit je acht OR-, VMO- und MBOR-PatientInnen aus zwei von der DRV Bund angesteuerten Kliniken, jeweils eine Fokusgruppe mit den Reha-Teams dieser beiden Kliniken sowie eine Fokusgruppe mit BegutachterInnen/ExpertInnen der DRV Bund leitfadengestützt durchgeführt, aufgezeichnet sowie anschließend wörtlich verschriftlicht. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (deduktiv-induktive Kategorienbildung), systematisch kontrastiven Fallvergleichen und einer Daten- und Perspektiventriangulation. Ebenfalls in die Analyse einbezogen wurden die zusätzlich von den interviewten RehabilitandInnen ausgefüllten Fragebögen SIMBO-C (Screening MBOR-Bedarf) und UKS (Screening psychosozialer Problemlagen). Die Ergebnisse und Praxistools wurden mit Mitgliedern der Reha-Teams und BegutachterInnen/ExpertInnen der DRV Bund kommunikativ validiert.

**Ergebnisse:** Die Auswertung ergab eine Ausdifferenzierung der MBOR- sowie der VMO-Problemlage in jeweils drei Subgruppen (‚MBOR funktional‘, ‚MBOR psychosozial‘, ‚MBOR funktional + psychosozial‘, ‚VMO Schmerz‘, ‚VMO Stress‘, ‚VMO Schmerz + Stress‘) sowie keine weitere Ausdifferenzierung der OR-Problemlage. Für die insgesamt sieben Problemlagen wurde jeweils eine typisierte Problemlagebeschreibung mit Indikations-/Differenzkriterien, einer Kurzbeschreibung, Behandlungsempfehlungen und Fallbeispielen angefertigt.

Darüber hinaus wurden auf Grundlage der Ergebnisse Zuweisungspfade zur Unterstützung der Systemsteuerung seitens der Träger sowie Behandlungspfade, eine Sammlung von Diagnostikinstrumenten und ein Fragenkatalog zur Unterstützung der Fallsteuerung und Therapieplanung in den Kliniken erstellt. Im Rahmen der kommunikativen Validierung wurden die in den Typisierten Problemlagebeschreibungen enthaltenen Behandlungsempfehlungen weiter ausgearbeitet. Weiteres zentrales Ergebnis der kommunikativen Validierung war die Rückmeldung, dass die Praxistools sich sowohl auf Träger- als auch auf Klinikseite sehr gut für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Behandlungsangebote sowie für die Schulung von MitarbeiterInnen eignen würden. Von den BegutachterInnen der DRV wurde der praktische Nutzen, insbesondere der Zuweisungspfade, für die eigentliche Zuweisungsentscheidung im Rahmen der Antragsbearbeitung jedoch bezweifelt. Diese erfolge idealerweise auf Grundlage einer sozialmedizinischen Begutachtung aller in den Antragsunterlagen enthaltenen Informationen und nicht nach einem vorgegebenen Algorithmus und an diesen gebundene Schwellenwerte.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Studie liefern weiterführende Erkenntnisse hinsichtlich der verschiedenen Problemlagen innerhalb der orthopädischen Rehabilitation. Die auf Basis der Ergebnisse erstellten Praxistools können sowohl auf Träger- als auch auf Klinikseite zur weiteren Schärfung und Abgrenzung dieser Problemlagen beitragen, Unterstützung bei der differenzierten Zuweisung und Behandlung bieten und damit einen wichtigen Beitrag zur bedarfsadäquaten rehabilitativen Versorgung leisten.

#### **Zeitlicher Ablauf:**

	2013												2014			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Erhebungsinstrumente	X															
Datenschutz & Ethikvotum	X	X														
Vorabgespräche mit Kliniken		X	X													
Interviews & Fokusgruppen			X	X	X											
Transkription			X	X	X	X										
Auswertung				X	X	X	X	X	X	X	X					
Erstellung der Praxistools											X	X	X	X		
Vorläufiger Abschlussbericht											X	X	X	X		
Kommunikative Validierung														X		
Abschlussbericht															X	X

## **2. Hintergrund der Studie**

Mit dem Ziel, die Effektivität der orthopädischen Rehabilitation zu verbessern, entstanden mit der verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation (VMO) und der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in den vergangenen Jahren zwei multimodal strukturierte sowie multiprofessionell ausgerichtete Behandlungskonzepte mit jeweils spezifischer Schwerpunktsetzung (Bethge und Müller-Fahrnow 2008, Löffler et al. 2011, Müller-Fahrnow und Radoschewski 2009, Schwarz et al. 2008). Die VMO fokussiert auf die mit chronischen Schmerzerkrankungen assoziierten Schmerzkognitionen, schmerzbezogenen Verhaltensweisen sowie auf psychische Komorbidität und erweitert die klassische orthopädische Rehabilitation (OR) um verhaltensmedizinische Therapiebausteine (Bethge und Müller-Fahrnow 2008, Ehlert 2003, Janssen und Ehlert 2003, Petermann 1997). Die MBOR zielt auf die Bewältigung besonderer beruflicher Problemlagen sowie auf die Handlungsanforderungen eines konkreten oder angestrebten Arbeitsplatzes und zeichnet sich idealerweise durch einen den gesamten Behandlungsprozess prägenden Erwerbsbezug aus (Bethge 2010, Müller-Fahrnow et al. 2005, Müller-Fahrnow und Radoschewski 2006). Die bessere Wirksamkeit dieser Behandlungskonzepte gegenüber einer OR wurde inzwischen in hochwertigen kontrollierten und zum Teil randomisierten Studien hinsichtlich verschiedener Outcomeparameter wie z. B. Schmerzbewältigung (Mangels et al. 2009, Panning et al. 1994), Depressivität (Mangels et al. 2009), Reha-Status (Greitemann et al. 2004), Arbeitsunfähigkeitszeiten und beruflicher Wiedereingliederung (Bethge 2010, Bethge et al. 2010, Blume et al. 2007, Greitemann et al. 2004, Streibelt und Bethge 2014) nachgewiesen. VMO und MBOR zielen entsprechend ihrer konzeptionellen Schwerpunktsetzung und Ausrichtung auf RehabilitandInnengruppen, bei denen zu der im Vordergrund stehenden orthopädischen Funktionseinschränkung weitere behandlungsrelevante, verhaltensmedizinische oder berufsbezogene, Beeinträchtigungen und Belastungen treten und sich zu spezifischen VMO- bzw. MBOR-Problemlagen verdichten. Insbesondere bei diesen multifaktoriell belasteten RehabilitandInnengruppen greift die herkömmliche OR zu kurz und es bedarf eines intensivierten, multimodalen und problemlagespezifischen Behandlungsangebots (Bethge und Müller-Fahrnow 2008, Bethge 2011). Die im Vergleich zur OR kostenintensiveren Behandlungsprogramme VMO und MBOR sollten auch vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen (gedeckeltes Reha-Budget, begrenzte VMO- und MBOR-Bettenkapazitäten) diesen stärker beeinträchtigten RehabilitandInnen vorbehalten sein. Dem differenzierten Reha-Angebot stehen mithin ebenso differenzierte Problemlagen gegenüber. Rentenversicherungsträgern und Rehabilitationskliniken obliegt es, diese Problemlagen zu erkennen und das jeweils passende Behandlungsprogramm auszuwählen.

In der Vergangenheit wurden mit dem Würzburger Screening (Löffler et al. 2009), dem SIBAR (Bürger und Deck 2009) und dem SIMBO (Streibelt 2009) valide und reliable

Screeninginstrumente entwickelt, mit deren Hilfe Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) und entsprechendem Bedarf an berufsorientierten Behandlungsangeboten gezielt identifiziert werden können. Mit sozialmedizinischen Parametern, der subjektiven Erwerbsprognose, beruflichen Belastungen oder dem Interesse *an* und der Motivation *zu* berufsbezogenen Therapieangeboten werden vor allem Prädiktoren einer gescheiterten beruflichen Wiedereingliederung nach Rehabilitationsende als Indikatoren von BBPL und MBOR-Bedarf herangezogen. Auch das (inzwischen in der 3. Auflage erschiene) Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2012) definiert die MBOR-Zielgruppe über das Vorliegen von BBPL. Dort heißt es, dass Personen mit BBPL eine deutliche „Diskrepanz zwischen gemindertem Leistungsvermögen und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Berufsumfeld“ aufweisen und sich oftmals durch problematische sozialmedizinische Verläufe (lange oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten; sich abwechselnde Zeiten von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit) sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose (Rentenbegehren; Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können) auszeichnen.

Für die VMO wurde erst im vergangenen Jahr ein Anforderungsprofil veröffentlicht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013). Diesem liegt das Positionspapier der VMO-Modellphase zugrunde, welches um Daten aus der Strukturhebung bei den elf an der Modellphase beteiligten Rehabilitationseinrichtungen und der externen Qualitätssicherung sowie um Diskussionsergebnisse des Fachtreffens der VMO-Einrichtungen am 7. und 8. September 2012 in Bad Sooden-Allendorf ergänzt wurde. Im Kapitel ‚Indikation für eine verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation‘ werden zunächst folgende im Rahmen einer Studie von Schwarz et al. (2007) von ExpertInnen der Deutschen Rentenversicherung Bund empfohlene Auswahlkriterien aufgeführt:

Indikationskriterien im ärztlichen Befundbericht

- orthopädische Funktionseinschränkung im Vordergrund
- wesentliche psychische und/oder soziale Komponente der Funktionseinschränkung
- keine Indikation für eine spezifische psychosomatische Rehabilitation
- i. d. R. keine ambulante Psychotherapie
- Gefährdung durch Medikamente
- tätigkeitsbedingte und soziale Belastungsfaktoren
- Anregung spezieller Maßnahmen (Entspannung, Bewegungs- und Sporttherapie, Psychotherapie)

## Indikationskriterien im Selbstauskunftsbogen

- private und berufliche Belastungen
- gesundheitliche Probleme
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Anzahl der Arztbesuche
- bisherige psychische Erkrankungen
- regelmäßige Medikamenteneinnahmen
- bisherige Behandlungen

Die Eignung der Auswahlkriterien wurde in derselben Studie anhand der Urteilskonkordanz der Zuweisungsentscheidung von BegutachterInnen (Trägersteuerung) und BehandlerInnen (Kliniksteuerung) überprüft. Diese fiel bei insgesamt 262 Fällen jedoch nur knapp überzufällig (61%) aus. Schwarz et al. resümieren, dass damit bislang keine zufriedenstellenden VMO-Indikationskriterien zur Unterstützung der Trägersteuerung gefunden und die Suche nach geeigneten Kriterien weiter fortgesetzt werden sollte. Das VMO-Anforderungsprofil verweist auf dieses Ergebnis und benennt den Einsatz eines standardisierten, validierten Instrumentes zur Erhebung der psychischen Komorbidität/Belastung als vielversprechende Möglichkeit, um die differentielle Zuweisung in die VMO künftig zu verbessern. In diesem Zusammenhang wird auf die in der Studie von Worringen (2012) erprobte Eignung des PHQ-4 (Löwe et al. 2010) verwiesen. Für die aktuelle, noch nicht screeningbasierte Zuweisungspraxis werden schließlich folgende VMO-Zielgruppenmerkmale angeführt: eine im Vordergrund stehende Funktionseinschränkung der Bewegungsorgane, eine wesentliche psychische Komponente der Fähigkeitseinschränkung und eine auf Grundlage bisheriger Diagnostik und Therapie auszuschließende Indikation für eine spezifische psychosomatische Rehabilitation. Abschließend heißt es weiter: „Liegt eine besondere berufliche Problemlage ohne manifeste psychische Komorbidität vor, ist hingegen eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation indiziert“.

Im Rahmen der von der DRV Bund in Auftrag gegebenen formativen Evaluation der modellhaften Umsetzung des MBOR-Anforderungsprofils („MBOR-Management“, Laufzeit: Oktober 2010 bis Mai 2012) wurden von der Autorin ExpertInneninterviews in sechs Rentenversicherungsträgern sowie Fokusgruppen mit Reha-Teams von sieben Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet. Es sollten u. a. die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Auswahl und Zuweisung von Personen mit BBPL bzw. MBOR-Bedarf, einschließlich der zugrunde gelegten Definitionen und herangezogenen Kriterien für BBPL bzw. MBOR-Bedarf, erhoben werden. Im Rahmen der Interviews und Fokusgruppen wiesen die Beteiligten zum einen auf Subgruppen innerhalb der MBOR (stärker funktional vs. stärker psychosozial belastete RehabilitandInnen, Subgruppen mit unterschiedlicher ‚Nähe‘/‚Ferne‘ zum Arbeitsmarkt), zum anderen auf Abgrenzungsprobleme



und Überlappungen von MBOR- und VMO-Problemlagen hin. Letzteres berichteten vor allem die Befragten, die zum Erhebungszeitpunkt als BehandlerInnen beide Programme vorhielten bzw. als BegutachterInnen in beide Angebote zuwiesen. Selbst die MBOR-Screening-instrumente seien nicht trennscharf und schlugen auch bei Versicherten bzw. RehabilitandInnen mit VMO-Bedarf an (Bethge et al. 2012).

Schnittmengen von VMO- und MBOR-Problemlagen wurden auch auf dem 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium thematisiert. So präsentierten Streibelt et al. (2013), auf Basis einer repräsentativen Stichprobe von DRV Bund Versicherten mit Bewilligung auf eine medizinische Rehabilitation, für die Orthopädie folgenden Befund: 16% der Versicherten wiesen einen VMO-Bedarf, 18% eine BBPL und 13% beides auf. VMO-Bedarf wurde dabei mit einem PHQ-4 Gesamtwert von über fünf Punkten, eine BBPL mit Fehlzeiten von über drei Monaten im Jahr vor der Rehabilitation oder der subjektiven Einschätzung der Versicherten nach der Rehabilitation "nicht mehr im Beruf arbeiten zu können" operationalisiert. Indikationsübergreifend zeigten Prädiktionsmodelle, dass sowohl die VMO- als auch die MBOR-Zielgruppe im Vergleich zu Personen ohne VMO- bzw. MBOR-Bedarf eine geringere Arbeitsfähigkeit und eine schlechtere Funktionsfähigkeit aufwiesen. Versicherte mit VMO-Bedarf kennzeichneten sich zusätzlich durch eine geringere Selbstwirksamkeit und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten, Versicherte mit BBPL durch ein erhöhtes Erwerbsminderungsrisiko im Vergleich zur Referenzgruppe.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Problemlagen, die eine OR, MBOR oder VMO indizieren, vor allem *in der* und *für die* alltägliche Praxis der Zuweisung seitens Träger und Kliniken, noch immer nicht ausreichend geschärft (einschließlich der Umschreibung von Subgruppen) und voneinander abgegrenzt (einschließlich der Berücksichtigung von Mischtypen) sind. Ausreichend hieße, dass sowohl die BegutachterInnen auf Träger-, als auch die BehandlerInnen auf Klinikseite eine klare und einheitliche Vorstellung der Problemlagen hätten und auf dieser Grundlage die Auswahl und Zuweisung zielgerichtet und sicher vornehmen könnten.

### 3. Fragestellung, Ziel und erwarteter Nutzen

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der vorliegenden Studie, die Problemlagen, die eine OR, VMO oder MBOR indizieren, weiter zu schärfen und klar voneinander abzugrenzen. Es sollten typische Kennzeichen und Fälle herausgearbeitet sowie mögliche Subgruppen *innerhalb* und Mischtypen *zwischen* den Problemlagen identifiziert und beschrieben werden. Die Studie verfolgte somit folgende Fragestellung: Welche Merkmale kennzeichnen OR-, VMO- und MBOR-Problemlagen (sowie eventuelle Sub- und Mischtypen) jeweils ganz spezifisch und wie unterscheiden sie sich voneinander?

Zur Beantwortung der Fragestellung sollten die Charakteristika der Problemlagen aus RehabilitandInnen-, BehandlerInnen- und BegutachterInnen-/ExpertInnensicht erhoben und trianguliert werden. Als theoretischer Rahmen sollte dabei das biopsychosoziale Modell funktionaler Gesundheit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (DIMDI 2004) herangezogen werden (siehe hierzu auch Kap. 4). Das heißt, die Charakteristika der Problemlagen sollten entlang der einzelnen Modellkonzepte: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen strukturiert exploriert werden.

Auf Basis der Ergebnisse sollten ferner folgende Praxistools erstellt werden: typisierte Problemlagebeschreibungen (mit Auflistungen zentraler Indikations-/Differenzkriterien, behandlungsleitenden Kurzbeschreibungen, Behandlungsempfehlungen und Fallbeispielen), Zuweisungs- und Behandlungspfade sowie ein Anamnesefragekatalog und eine Sammlung empfohlener Screening-/Diagnostikinstrumente zur gezielten Exploration der Problemlagen seitens zu Reha-Beginn.

Die in der Studie generierten Erkenntnisse und Praxistools sollten – so der erwartete Nutzen – die differenzierte Zugangssteuerung seitens Träger und Kliniken (System- und Fallsteuerung) in die Behandlungsangebote OR, VMO und MBOR weiter unterstützen und somit einen Beitrag zur bedarfsadäquaten rehabilitativen Versorgung leisten.

#### 4. Exkurs: Biopsychosoziales Modell funktionaler Gesundheit und ICF-Core-Sets

Das biopsychosoziale Modell funktionaler Gesundheit der ICF (siehe Abb. 1) beschreibt die funktionale Gesundheit einer Person als das Ergebnis einer komplexen, dynamischen Wechselwirkung zwischen ihrem *Gesundheitsproblem* (gemäß ICD-10 klassifizierte Gesundheitsstörung bzw. Krankheit) einerseits und ihren umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren andererseits (DIMDI 2004). Eine Person gilt demnach als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der *umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren*):

1. ihre körperlichen Funktionen und -strukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der *Körperfunktionen und -strukturen*),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der *Aktivitäten*), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der *Teilhabe*) (DIMDI 2004).

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird folglich als Ergebnis einer negativen Wechselwirkung von Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren aufgefasst (BAR 2006).

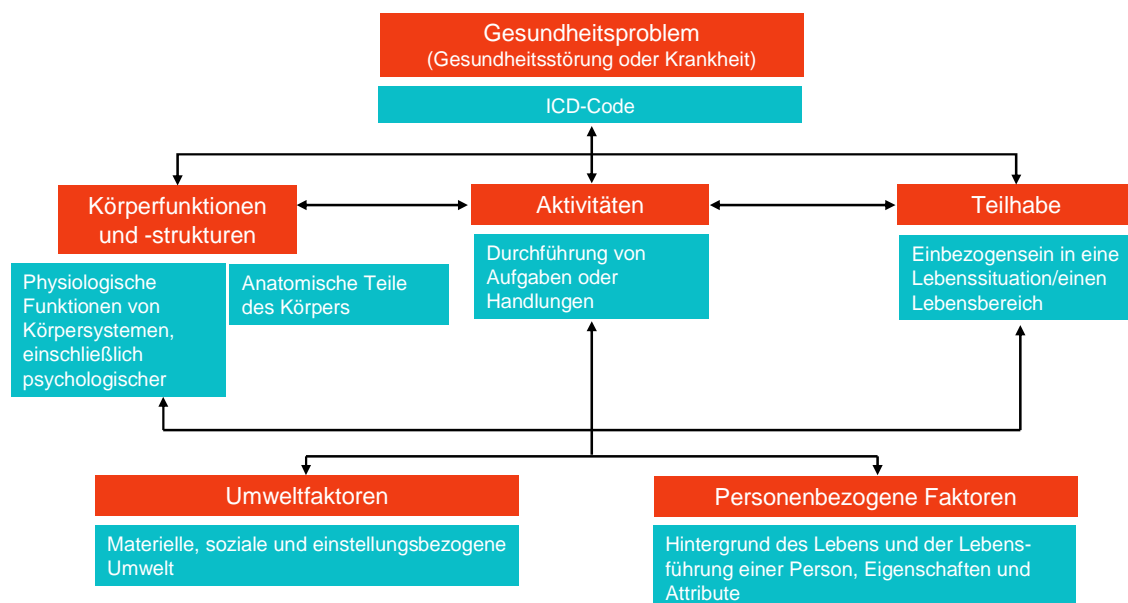


Abb. 1: Biopsychosoziales Modell funktionaler Gesundheit der ICF

Da in der vorliegenden Studie die Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation entlang der einzelnen Konzepte des biopsychosozialen Modells exploriert werden sollten, sollen diese im Folgenden noch einmal näher erläutert werden.

Das Konzept der Körperfunktionen bezieht sich auf die physiologischen Funktionen von Körpersystemen, einschließlich der psychologischen. Mit Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe oder Gliedmaßen, gemeint. Beeinträchtigungen von Körperfunktionen oder -strukturen werden als Schädigungen bezeichnet. Liegen keinerlei Schädigungen vor, wird von funktionaler und struktureller Integrität gesprochen. Sowohl Körperfunktionen als auch Körperstrukturen sind in der ICF klassifiziert. Die Klassifikationen 1. Ordnung (= ICF-Kapitel, weiter untergliedert in sogenannte ICF-Kategorien) sind in Tab. 1 aufgelistet.

*Tab. 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (ICF-Kapitel)*

<b>Körperfunktionen</b>	<b>Körperstrukturen</b>
1. Mentale Funktionen	1. Strukturen des Nervensystems
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	2. Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
3. Stimm- und Sprechfunktionen	3. Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4. Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	5. Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
6. Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6. Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7. Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7. Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
8. Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8. Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Mit dem Konzept der Aktivitäten wird auf den Menschen als handelndes Subjekt rekuriert; konkret wird darunter die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe verstanden. Mit dem Teilhabekonzept wird auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt verwiesen und das Einbezogenensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich (Teilhabe am Erwerbsleben, am sozialen Leben, am kulturellen Leben etc.) bezeichnet. Können bestimmte Aktivitäten nicht umgesetzt oder Teilhabe in einer Lebenssituation oder an einem Lebensbereich nicht realisiert werden, spricht man von Beeinträchtigungen. Aktivitäten und Teilhabe werden in der ICF gemeinsam klassifiziert (Klassifikationen 1. Ordnung siehe Tab. 2).

Tab. 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe (ICF-Kapitel)

Aktivitäten und Teilhabe
1. Lernen und Wissensanwendung (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3. Kommunikation (z. B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
4. Mobilität (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

Ins Konzept der Umweltfaktoren fällt die gesamte materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt eines Menschen. Der Hintergrund des Lebens, Aspekte der Lebensführung, Eigenschaften und Attribute werden mit dem Konzept der personenbezogenen Faktoren gefasst. Umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit auswirken, werden als Förderfaktoren, sich negativ auswirkende Barrieren bezeichnet. Während die ICF eine Klassifikation der Umweltfaktoren vornimmt (siehe Tab. 3), werden für personenbezogene Faktoren lediglich grobe Beispiele<sup>1</sup> benannt (siehe Tab. 4).

Tab. 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (ICF-Kapitel)

Umweltfaktoren
1. Produkte und Technologien (z. B. Hilfsmittel, Medikamente)
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Bauten, Straßen, Fußwege)
3. Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Fachleute des Gesundheits- und Sozialsystems)
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z. B. Einstellung der Wirtschaft zu Teilzeitarbeitsplätzen)
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Gesundheits- und Sozialsystem mit seinen Leistungen und Diensten, Rechtsvorschriften)

<sup>1</sup> Eine international einheitliche Codierung personenbezogener Kontextfaktoren wird von der WHO aufgrund soziokultureller Unterschiede abgelehnt. Sie befürwortet jedoch nationale Bemühungen bedarfsorientierter Klassifizierungsansätze. Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang zwei solcher Versuche (Geyh et al. 2009, Grotkamp et al. 2010). Da keiner der beiden Ansätze abschließend konsentiert ist, wurde in der vorliegenden Studie auf ihre Anwendung verzichtet.

Tab. 4: Beispiele für personenbezogene Faktoren

Personenbezogene Faktoren		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ ethnische Zugehörigkeit</li> <li>▪ sozialer Hintergrund</li> <li>▪ Erziehung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung/Ausbildung</li> <li>▪ Beruf</li> <li>▪ allg. Verhaltensmuster/Charakter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lebensstil</li> <li>▪ Fitness</li> <li>▪ Coping</li> <li>▪ Erfahrung</li> </ul>

Alle Modellkonzepte (die nicht-kategorisierten personenbezogenen Kontextfaktoren ausgenommen) zusammengefasst, benennt die ICF über 1400 Kategorien, mit denen die funktionale Gesundheit bzw. deren Beeinträchtigung beschrieben werden kann. In den vergangenen Jahren wurden für einzelne Gesundheitsstörungen, Gruppen von Gesundheitsstörungen sowie für bestimmte Anwendungsbereiche sogenannte ICF-Core Sets entwickelt. Diese beinhalten jeweils genau die ICF-Kategorien, die zur Beschreibung einer Störung bzw. für einen ausgewählten Anwendungsbereich relevant sind (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html>). Abbildung 2 zeigt das ICF-Core Set für chronischen Rückenschmerz (Kurzfassung) (Cieza et al. 2004).

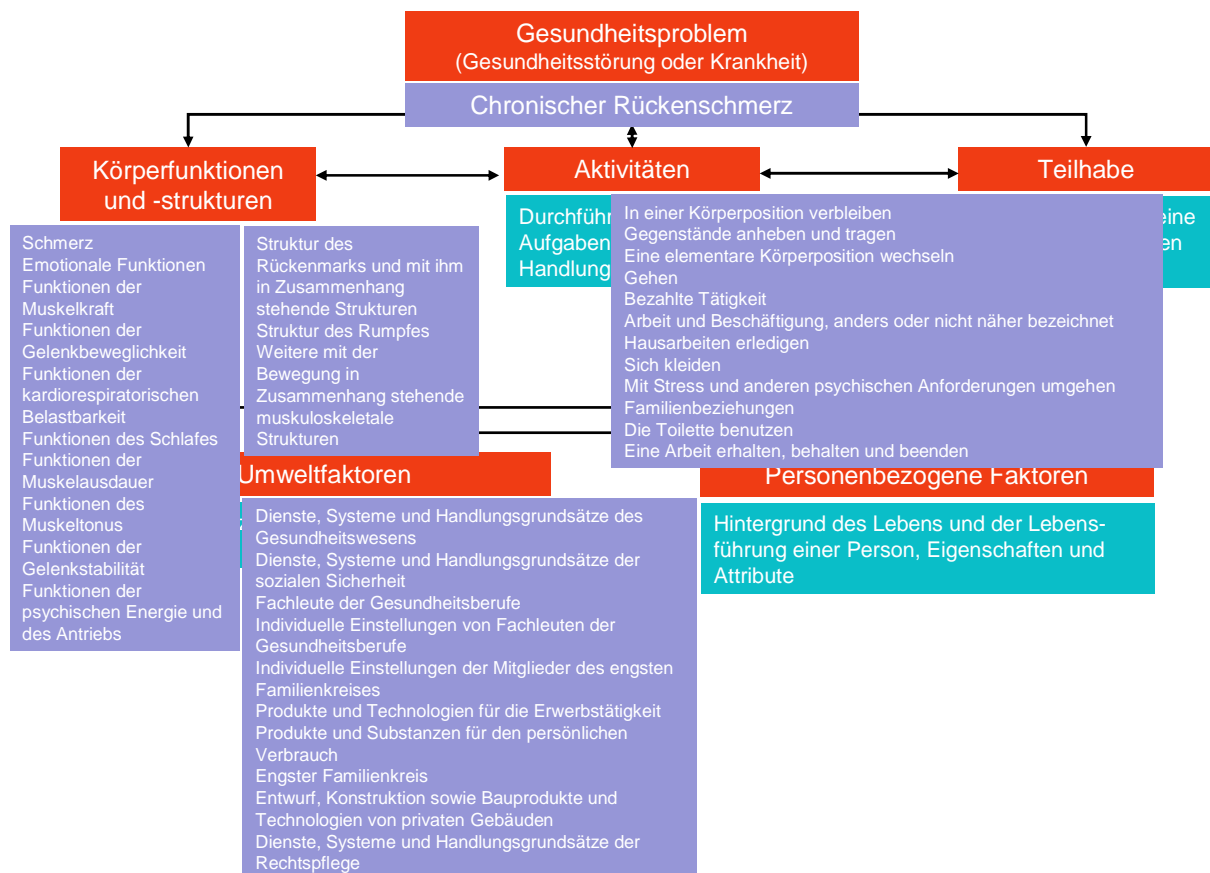


Abb. 2: ICF-Core Set Chronischer Rückenschmerz (Kurzfassung)

Für die vorliegende Studie waren vor allem die einzelnen Modellkonzepte wichtig. Sie sollten dazu dienen, die Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation strukturiert erheben und systematisch miteinander vergleichen zu können. Die in Kap. 3 benannte Forschungsfrage kann demnach folgendermaßen spezifiziert werden: Welche Merkmale kennzeichnen OR-, VMO- und MBOR-Problemlagen (sowie eventuelle Sub- und Mischtypen) jeweils ganz spezifisch auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe sowie der umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren; inwiefern unterscheiden sie sich auf diesen Ebenen jeweils voneinander?

Eine Zuordnung der identifizierten Merkmale zu ICF-Kategorien war nicht primäres Ziel der Studie, sollte in der Auswertung aber mit vorgenommen werden, um Unterschiede zwischen den Problemlagen auch auf diese Weise noch einmal sichtbar machen und die Möglichkeit der Entwicklung OR-, VMO- und MBOR-spezifischer ICF-Core Sets überprüfen zu können.

## **5. Methodisches Vorgehen**

### **5.1 Studiendesign**

Da das Erkenntnisinteresse der Studie einen explorativen Charakter aufwies und die Problemlagekonstruktionen von RehabilitandInnen, BehandlerInnen sowie BegutachterInnen/ExpertInnen detailliert erhoben werden sollten, wurde zur Beantwortung der Fragestellung ein qualitatives Studiendesign gewählt (Flick et al. 2005, Flick 2007, Lamnek 2010). Als Erhebungsmethoden kamen problemzentrierte Interviews (Witzel 1982, 1989, 2002) sowie Fokusgruppen (Lamnek 2005, Tong et al. 2007) zum Einsatz, die durch einen Leitfaden gestützt, digital aufgenommen und anschließend regelgeleitet transkribiert wurden. Problemzentrierte Interviews wie Fokusgruppen zeichnen sich durch ein teilstrukturiertes Vorgehen aus, dass es ermöglicht einen Forschungsgegenstand fokussiert auf das Erkenntnisinteresse zu untersuchen, gleichzeitig aber dem Prinzip der Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand zu entsprechen. Die Auswertung erfolgte computergestützt mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, Mayring 2010), systematisch kontrastierenden Fallvergleichen (Kleemann et al. 2009, Witzel 2000) sowie einer Daten- und Perspektiventriangulation (Flick 2004). Zusätzliche Informationen über die Problemlagen der RehabilitandInnen wurden mit Hilfe des SIMBO-C (Streibelt 2009) und des (den PHQ-4 einschließenden) UKS (Küch et al. 2011a, b) gewonnen (siehe auch Anlage 4 und 5). Die Ergebnisse der Auswertung sowie die auf deren Grundlage erstellten Praxistools wurden einer kommunikativen Validierung mit den BehandlerInnen und BegutachterInnen/ExpertInnen unterzogen, d. h. im Rahmen eines Projekttreffens vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Die Kommunikative Validierung stellt eines der zentralen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung da, mit dem Interpretationen abgesichert und somit letztlich auch die Akzeptanz wissenschaftlicher Ergebnisse gesteigert werden kann (Seale und Silverman 1997, Steinke 1999).

## **5.2 Anlage und Durchführung der Erhebungen**

Die problemzentrierten Interviews wurden mit insgesamt 24 RehabilitandInnen aus zwei Kliniken (Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim; Rehasentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser<sup>2</sup>) geführt; in jeder Klinik Interviews mit je vier OR-, VMO- und MBOR-PatientInnen. In die Studie aufgenommen wurden RehabilitandInnen mit chronischem Rückenschmerz entsprechend der Therapiestandards der DRV Bund im regulären medizinischen Rehabilitationsverfahren (exkl. Anschlussrehabilitation), bei denen die Zuweisungsentscheidung in eines der Programme durch Träger und Klinik übereinstimmte. RehabilitandInnen, die diesen Kriterien entsprachen, wurden von (der zuvor instruierten) Klinikseite mündlich über die Studie informiert und um Einwilligung in die Teilnahme gebeten. Vor Beginn der Interviews erfolgte seitens der Autorin eine nochmalige Aufklärung über die Studie, datenschutzrechtliche Aspekte und den Interviewablauf; eine Teilnahmeinformation wurde ausgehändigt und die schriftliche Teilnahmeeinwilligung eingeholt. Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 50 Minuten und fanden vor Ort in den Kliniken statt. Die im Projektantrag angestrebte Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts der InterviewpartnerInnen konnte in beiden Kliniken nicht realisiert werden. Von den 24 interviewten RehabilitandInnen waren 18 weiblich und sechs männlich. Das durchschnittliche Alter betrug 52,5 Jahre. Die Anweisung, RehabilitandInnen zu rekrutieren, die möglichst am Beginn ihrer Rehabilitation stehen (und daher weniger stark beeinflusst von Eindrücken des jeweiligen Behandlungsangebots sind), konnte weitgehend erfüllt werden.

In beiden Kliniken wurde außerdem jeweils eine Fokusgruppe mit BehandlerInnen aus der OR, VMO und MBOR durchgeführt. Die Auswahl der TeilnehmerInnen erfolgte seitens der Kliniken (Vorgabe: Expertise in OR, VMO und MBOR; möglichst alle relevanten Berufsgruppen) und folgte dem Prinzip der informierten Teilnahme. Für die Fokusgruppen wurden jeweils drei Stunden, inklusive einer einleitenden Präsentation seitens der Autorin sowie einer Pause, angesetzt. In beiden Kliniken wurde die Zeit voll ausgeschöpft. An der einen Fokusgruppe nahmen mit dem leitenden Arzt, zwei Oberärztinnen, einem Stationsarzt, zwei Physiotherapeutinnen, einer Ergotherapeutin, einem Sozialarbeiter und einem Psychologen/psychologischen Psychotherapeut neun Personen teil. An der anderen Fokusgruppe nahmen sechs Personen teil: die Chefärztin, eine Assistenzärztin, zwei Physiotherapeutinnen, eine Sozialarbeiterin und ein Psychologe/psychologischer Psychotherapeut.

Eine weitere Fokusgruppe wurde mit BegutachterInnen und ExpertInnen des zuweisenden Rentenversicherungsträgers, der DRV Bund, durchgeführt. Es oblag der DRV Bund geeignete TeilnehmerInnen zu gewinnen (Vorgabe: Zuweisungserfahrung/Expertise bezüg-

---

<sup>2</sup> Die beiden von der DRV Bund belegten Kliniken wurden für die Studie ausgewählt, weil sie jeweils alle drei Behandlungsangebote OR, VMO und MBOR vorhalten und eine inzwischen langjährige Erfahrung und Expertise bzgl. VMO und MBOR aufweisen. Sie waren sowohl an der modellhaften Umsetzung des MBOR-Anforderungsprofils als auch an der VMO-Modellphase beteiligt.



lich OR, VMO, MBOR). Auch hier folgte die Rekrutierung dem Prinzip der informierten Teilnahme. Die Fokusgruppe fand in Räumlichkeiten der DRV Bund statt und dauerte, einschließlich der einleitenden Projektpräsentation seitens der Autorin, zwei Stunden. Es nahmen 9 Personen teil, sieben BegutachterInnen (beratende Ärzte und Ärztinnen) und zwei auf der konzeptionellen Ebene arbeitende Mitarbeiterinnen (Ärztin und Psychologin) mit Expertise bzgl. VMO und MBOR.

Die Interviews und Fokusgruppen wurden von der Autorin (zum Teil unterstützt von einer Assistentin) leitfadengestützt realisiert. Die Leitfäden sind dem Bericht als Anlagen beigelegt (siehe Anlage 1, 2, 3). Sowohl die Interviews als auch die Fokusgruppen wurden mit den Redefluss bzw. die Diskussion anregenden Einstiegsfragen eröffnet. Diese dienten gleichzeitig dazu, dass die Befragten ohne einen von außen gesetzten Rahmen erzählen bzw. diskutieren konnten, was aus ihrer Sicht ihre individuelle Problemlage (RehabilitandInnen) bzw. eine OR-, VMO- oder MBOR-Problemlage (BehandlerInnen, BegutachterInnen und ExpertInnen) ausmacht. Zur weiteren Exploration der Problemlagen wurde anschließend das biopsychosoziale Modell funktionaler Gesundheit der ICF herangezogen. Das heißt, die Charakteristika der Problemlagen wurden entlang der einzelnen Modellkonzepte: Körperfunktion und -strukturen, Aktivität und Teilhabe sowie umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren erhoben. Die Formulierung und Operationalisierung der einzelnen Fragen orientierte sich dabei an den bereits in mehreren qualitativen Studien zur ICF genutzten Leitfragen für Interviews und Fokusgruppen (Coenen et al. 2006, Kirchberger et al. 2009, Tschiesner et al. 2007). Bei der Durchführung der Interviews und Fokusgruppen wurde eine Leitfadenbürokratie (Hopf 1978) vermieden, indem die Fragen flexibel, an den Verlauf des Gesprächs bzw. der Diskussion angepasst, gestellt und auf individuelle Besonderheiten durch spontane Fragen eingegangen wurde. Interviews und Fokusgruppen wurden aufgezeichnet und anschließend wörtlich verschriftlicht (Gesamtumfang des Datenmaterials: 518 Seiten). Im Zuge der Transkription wurden alle personenbezogenen Daten anonymisiert. Die beiden zusätzlich eingesetzten Fragebögen, der SIMBO-C und der UKS, wurden von den RehabilitandInnen jeweils zum Ende des Interviews ausgefüllt (und mit einer Interviewkennung versehen, um eine anonyme Zuordnung zu den ebenfalls mit dieser Interviewkennung versehenen Transkripten vornehmen zu können).

Mit den RehabilitandInnen, BehandlerInnen und BegutachterInnen/ExpertInnen kamen in den Interviews und Fokusgruppen alle relevanten AkteurInnen zu Wort, d. h. sowohl Betroffene als auch ExpertInnen von Klinik- und Trägerseite. Damit wurde sich der Fragestellung multiperspektivisch genähert und die Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage aus verschiedenen Quellen gewonnen. In der Auswertung wurde so wiederum eine Perspektiven- und Datentriangulation (Flick 2004) möglich, durch die ein

vollständigeres und ganzheitlicheres Bild des Forschungsgegenstandes generiert werden konnte. Die Untersuchungsergebnisse gewinnen so nicht nur methodisch an Aussagekraft. Durch die Einbeziehung der RehabilitandInnen wurde Forschung ‚über die Köpfe der Betroffenen hinweg‘ vermieden und durch das Einbeziehen von Träger- und Klinikseite eine größere Akzeptanz der Ergebnisse angestrebt.

### **5.3 Auswertung**

Die Auswertung erfolgte computergestützt (MAXQDA) mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, Mayring 2010), systematisch kontrastierenden Fallvergleichen (Kleemann et al. 2009, Witzel 2000) sowie einer Daten- und Perspektiventriangulation (Flick 2004). Die zusätzlich über die eingesetzten Fragebögen, SIMBO-C und UKS, gewonnenen Informationen wurden hierbei systematisch berücksichtigt. Die mittels Auswertung gewonnenen Ergebnisse und auf deren Grundlage erstellten Praxistools wurden einer kommunikativen Validierung (Seale und Silverman 1997, Steinke 1999) unterzogen.

Die Auswertung lässt sich mithin in vier große Teilschritte untergliedern, die im Folgenden zunächst überblicksartig, anschließend ausführlich dargelegt werden sollen. Die Schritte wurden zwar letztlich chronologisch, im konkreten Auswertungsprozess zum Teil aber auch in iterativ-zyklischen Analyseschleifen durchlaufen. Mit Fortgang der Analyse ging eine fortschreitende Abstraktion, Verdichtung und Typisierung einher.

#### **1) Einzelfallanalysen der Interviews und Fokusgruppen mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse**

*Zwischenergebnis: Vercodung des gesamten Datenmaterials, Erstellen von 24 RehabilitandInnen-Fallmemos und Fallvignetten → Rekonstruktionen individueller Problemlagen, 2 Fokusgruppen-Fallmemos → Rekonstruktion der Problemlagekonstruktionen der BehandlerInnen und 1 BegutachterInnen-Fallmemo → Rekonstruktion der Problemlagekonstruktionen der BegutachterInnen*

#### **2) Systematisch kontrastierender Fallvergleich der RehabilitandInneninterviews sowie Abgleich und Zusammenschau der BehandlerInnenfokusgruppen**

*Zwischenergebnis: Identifikation typischer Kennzeichen von OR-, MBOR- und VMO-Problemlagen sowie ggf. von Sub- und Mischtypen auf Grundlage der aus den RehabilitandInneninterviews rekonstruierten individuellen Problemlagen, Identifikation typischer Kennzeichen und Fälle von OR-, MBOR- und VMO-Problemlagen sowie ggf. von Sub- und Mischtypen aus BehandlerInnensicht sowie aus Sicht der BegutachterInnen und ExpertInnen*

#### **3) Triangulation der Ergebnisse der Interviews, der BehandlerInnen- und der BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppen (Perspektiven-/Datentriangulation), Verdichtung zu typisierten Problemlagebeschreibungen, Erstellung der Praxistools**

*Ergebnis und Praxistools: Typisierte Problemlagebeschreibungen (Indikations-/Differenzkriterien, Kurzbeschreibungen, Behandlungsempfehlungen, Fallbeispiele), Zuweisungs- und Behandlungspfade für trägerseitige System- und klinikseitige Fallsteuerung, Diagnostikinstrumente und Fragekatalog zur Unterstützung der Fallsteuerung*

**4) Kommunikative Validierung** der Ergebnisse und Praxistools mit an der Studie beteiligten Behandlern, Begutachtern und Experten der DRV Bund, Einarbeitung der Ergebnisse der kommunikativen Validierung in den Abschlussbericht

**Ad 1)**

Die Einzelfallanalysen der Interviews und Fokusgruppen erfolgten mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse, d. h. die für das Erkenntnisinteresse relevanten Inhalte wurden gezielt aus dem Material extrahiert und zusammengefasst (Mayring 2010). Dies geschah mit Hilfe deduktiv gesetzter, aus dem Erkenntnisinteresse und dem biopsychosozialen Modell funktionaler Gesundheit abgeleiteter, Kategoriensysteme – jeweils eines zur Analyse der RehabilitandInneninterviews (Abb. 3), der BehandlerInnenfokusgruppen (Abb. 4) und der BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppe (Abb. 5).

Diagnosen
Körperstrukturen: Schädigungen
Körperfunktionen: Schädigungen
Kongruenz/Diskrepanz subjektiver wahrgenommener & objektivierbarer Schädigungen der Körperstrukturen/-funktionen sowie der beruflichen Funktions-/Leistungsfähigkeit
Umweltfaktoren: Beruf
Probleme/Barrieren
Förderfaktoren/Ressourcen
Umweltfaktoren: Privatleben
Probleme/Barrieren
Förderfaktoren/Ressourcen
Personenbezogene Faktoren
Soziodemographie
Gesundheits- & Risikoverhalten
Förderfaktoren/Ressourcen
Probleme/Barrieren
AVEM & ERI (Arbeitsbezogene Verhaltens- & Erlebensmuster, Effort-Reward- (Im-)Balance)
Stress-, Schmerz-, Krankheitsbewältigung
Probleme/Barrieren
Förderfaktoren/Ressourcen
SPE (subjektive Erwerbsprognose)
Aktivitäten
Einschränkung beruflicher Funktions-/Leistungsfähigkeit
Einschränkung von Aktivitäten im Privatleben
Alltag, Haushalt, Versorgung
Soziale Kontakte
Freizeit, Hobby, Sport, kulturelle Aktivitäten
Verbliebene Aktivitäten
Teilhabe
Einschränkung Berufl. Teilhabe
Finanzielle/wirtschaftliche Teilhabeeinschränkung
Teilhabeeinschränkung bei Freizeit, Sport, Hobby, Kultur
Einschränkung sozialer Teilhabe
Reha-Zugang
Reha-Ziele/-Erwartungen
Zentrale subjektive Themen

*Abb. 3: Kategoriensystem RehabilitandInneninterviews*

OR	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen
MBOR	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen
VMO	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen
Überschneidungen, Abgrenzungsprobleme, Mischfälle	OR – MBOR/VMO MBOR – VMO VMO – Psychosomatik

*Abb. 4: Kategoriensystem BehandlerInnenfokusgruppen*

Differenzierung von Problemlagen & Angeboten in orthop. Reha	Notwendigkeit der Differenzierung Schwierigkeiten bei Differenzierung
Aktuelle Zuweisungspraxis	Konkretes Vorgehen bei Antragsprüfung Grundlage der Entscheidung
OR	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen
MBOR	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen
VOR	Allgemeine Auffälligkeiten/Anmerkungen Körperstrukturen & -funktionen Umweltfaktoren & personenbezogene Faktoren Aktivitäten & Teilhabe Heterogenität/Subgruppen

*Abb. 5: Kategoriensystem BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppe*

Die deduktiv gesetzten Kategoriensysteme wurden während der Einzelfallanalysen induktiv (d. h. aus dem Material heraus) ausdifferenziert und angereichert (siehe Abb. 6).

Umweltfaktoren: Beruf
Probleme/Barrieren
viele Zwangshaltungen
Förderfaktoren/Ressourcen
kein Zeitdruck
gutes Arbeitsklima, Verständnis, Rücksicht & Unterstützung
Teilzeit

Abb. 6: Beispiel – Ausdifferenzierung der Kategorie Umweltfaktoren: Beruf

So entstanden 24 individuell ausdifferenzierte RehabilitandInnen-Kategoriensysteme, zwei ausdifferenzierte BehandlerInnen-Kategoriensysteme sowie ein ausdifferenziertes BegutachterInnen-/ExpertInnen-Kategoriensystem. Sie geben den Inhalt der einzelnen Interviews und Fokusgruppe überblicksartig wieder und erleichtern deren Fallvergleich bzw. Zusammenschau (Auswertungsschritt 2) sowie die Triangulation (Auswertungsschritt 3).

Umweltfaktoren: Beruf
Probleme/Barrieren
viele Zwangshaltungen
Förderfaktoren/Ressourcen
kein Zeitdruck
gutes Arbeitsklima, Verständnis, Rücksicht & Unterstützung
„Und ich weiß auch, dass ich willkommen bin, wenn ich wiederkomme (lacht). [...] Meine Chefin und wir alle, wir untereinander duzen uns. (kichert) Macht natürlich ein tolles Arbeitsverhältnis.“

Abb. 7: Beispiel – Vercodung einer Textstelle

Während des Vercodens der Interviews und Fokusgruppen (Zuordnung von Textstellen zu Kategorien, siehe Abb. 7), wurden Fallmemos sowie für die RehabilitandInneninterviews zusätzlich auch stärker verdichtete und abstrahierte Fallvignetten angefertigt, in denen die Ergebnisse des Vercodens im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse festgehalten und diskutiert bzw. im Falle der Vignetten schematisch zusammengestellt wurde. Ergebnis der Einzelfallanalysen waren somit auf Seite der RehabilitandInneninterviews Rekonstruktionen individueller Problemlagen, auf Seiten der BehandlerInnen- und BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppen deren jeweilige Problemlagekonstruktionen.

Den in der Analyse der RehabilitandInneninterviews identifizierten Kennzeichen der individuellen Problemlagen wurden, den ICF Linking Rules folgend (Cieza et al. 2005), zusätzlich ICF-Kategorien zugeordnet (siehe Abb. 8), die ebenfalls in den Fallmemos und -vignetten vermerkt wurden<sup>3</sup>.

Gutes Arbeitsklima, Verständnis, Rücksicht & Unterstützung  
→ e325 (Unterstützung von und Beziehungen zu KollegInnen), e330 (Unterstützung von und Beziehungen seitens Autoritätspersonen),

*Abb. 8: Beispiel – Zuordnung ICF-Kategorie zu Problemlagekennzeichen*

## **Ad 2)**

Im Anschluss an die Einzelfallanalysen und auf deren Grundlage erfolgte der Fallvergleich der RehabilitandInneninterviews sowie der Abgleich und die Zusammenschau der Ergebnisse aus den BehandlerInnenfokusgruppen. Im systematisch kontrastierenden Fallvergleich der Interviews wurden typische Kennzeichen von OR-, VMO- und MBOR-Problemlagen sowie von Sub- und Mischtypen herausgearbeitet. Hierfür wurden zum einen alle OR-, VMO- und MBOR-PatientInnen untereinander, zum anderen diese drei RehabilitandInnengruppen kontrastiv einander gegenübergestellt und miteinander verglichen. Es wurde gezielt nach Ähnlichkeiten und Unterschieden innerhalb wie zwischen den drei RehabilitandInnengruppen gesucht, Differenzkriterien wurden identifiziert (Kleemann 2009, Witzel 2000). Dem iterativ-zyklischen Charakter qualitativer Auswertungsprozesse folgend, wurden die einzelnen Interviews auch noch einmal gezielt unter dem Fokus der in diesem Schritt gewonnenen Erkenntnisse vertiefend analysiert (vgl. ebd.). Die Ergebnisse des Fallvergleichs (typische Kennzeichen von OR-, MBOR- und VMO-Problemlagen aus Sicht der RehabilitandInnen) wurden in dem Ergebnispapier „RehabilitandInnenperspektive“ festgehalten. Für die beiden BehandlerInnenfokusgruppen wurde ein Abgleich und eine Zusammenschau der jeweils (im ersten Schritt) herausgearbeiteten Problemlagekonstruktionen der beiden BehandlerInnenteams vorgenommen und typische Kennzeichen und Fälle von OR-, VMO- und MBOR-Problemlagen aus BehandlerInnensicht zusammengetragen. Das Ergebnis wurde in einem Ergebnispapier „BehandlerInnenperspektive“ festgehalten. Ein Fallvergleich bzw. ein Abgleich und eine Zusammenschau auf BegutachterInnenenebene entfiel, da nur eine Fokusgruppe mit BegutachterInnen durchgeführt wurde. Das Fallmemo der Einzelfallanalyse stellt hier gleichzeitig das Ergebnispapier „BegutachterInnenperspektive“ dar.

---

<sup>3</sup> Eine solche Zuordnung von ICF-Codes sollte ursprünglich auch für die aus den Fokusgruppen mit den BehandlerInnen und BegutachterInnen/ExpertInnen identifizierten Kennzeichen vorgenommen werden. Die von den BehandlerInnen und BegutachterInnen/ExpertInnen benannten Kennzeichen waren dafür jedoch zu wenig konkret (siehe Kapitel 6.3 und 6.4).

**Ad 3)**

Auf Grundlage der drei Ergebnispapiere wurde eine Triangulation (Daten- und Perspektiventriangulation) der Ergebnisse aus den Interviews und Fokusgruppen vorgenommen, d. h. die Ergebnisse wurden einander gegenübergestellt, zusammengeführt und verdichtet. Typisierte Problemlagebeschreibungen (gleichsam Ergebnis der Triangulation und Praxistool) wurden herausgearbeitet, die sowohl eine Kurzbeschreibung und typische Kennzeichen von OR-, VMO- und MBOR-Problemlagen (Indikations-/Differenzkriterien) beinhalten als auch Fallbeispiele und Behandlungsempfehlungen für dieselbigen. Auf Basis der Ergebnisse wurden ferner die übrigen Praxistools – Zuweisungs- und Behandlungspfade, ein Anamnese-fragekatalog sowie eine Sammlung zur Exploration der Problemlagen geeigneter Screening- und Diagnostikinstrumente – erstellt.

**Ad 4)**

In einem Projekttreffen mit BehandlerInnen, BegutachterInnen und ExpertInnen wurden die Untersuchungsergebnisse sowie die auf deren Grundlage erstellten Praxistools präsentiert und einer kommunikativen Validierung (Seale und Silverman 1997, Steinke 1999) unterzogen. Neben inhaltlichen Aspekten wurden dabei insbesondere auch die Praktikabilität und der Nutzen der Praxistools für Träger und Kliniken diskutiert. Die in den Typisierten Problemlagebeschreibungen beinhalteten Behandlungsempfehlungen wurden in Arbeitsgruppen weiter ausgearbeitet. Die TeilnehmerInnen erhielten zur Vorbereitung auf das Treffen einen vorläufigen Abschlussbericht.

## 6. Ergebnisse

### 6.1 Interviews mit RehabilitandInnen

Tabelle 5 gibt zunächst einen Überblick über das Sample der RehabilitandInnen, die an den Interviews teilgenommen haben. Neben der Interviewkennung (bestehend aus Klinik: K1/K2, Behandlungszweig: OR/MBOR/VMO, Geschlecht: w/m und fortlaufender Nummer), enthält diese die Interviewdauer, das Alter der RehabilitandInnen, ihre Werte auf SIMBO-C und PHQ-4 (kursiv = Mittelwerte) sowie ihre Zuordnung zu den Behandlungszweigen nach Analyse und Vergleich der Interviews (rekonstruierte Problemlage)<sup>4</sup>. Die roten Markierungen zeigen eine Abweichung zwischen dem zugewiesenen Behandlungszweig und der rekonstruierten Problemlage an.

Tab. 5: Sampleübersicht – gemäß tatsächlicher Zuordnung zu den Behandlungszweigen

Interview	Dauer in Min	Alter in Jahren	SIMBO-C	PHQ-4	Rekonstruierte Problemlage
K1-OR-w1	22	59	7	4	OR
K1-OR-w2	52	50	0	2	OR
K1-OR-w3	27	50	0	3	OR
K1-OR-m1	20	35	7	3	OR
K2-OR-w1	16	50	37	0	OR
K2-OR-m1	59	52	44	6	MBOR
K2-OR-m2	41	56	44	0	OR
K2-OR-m3	61	53	44	1,5	MBOR
Mittelwert	37,3	50,6	22,9	2,5	
K1-MBOR-w1	40	41	62	8	MBOR
K1-MBOR-w2	22	57	53	5	MBOR
K1-MBOR-w3	52	53	77	7	MBOR
K1-MBOR-m1	90	53	52	4	MBOR
K2-MBOR-w1	24	56	29	1	OR
K2-MBOR-w2	34	39	92	2	MBOR
K2-MBOR-w3	33	56	22	1	MBOR
K2-MBOR-m1	25	54	37	0	OR
Mittelwert	40,0	51,1	53,0	3,5	
K1-VMO-w1	47	53	77	8	VMO
K1-VMO-w2	87	55	30	7	VMO
K1-VMO-w3	93	53	52	4	MBOR
K1-VMO-w4	43	58	15	11	VMO
K2-VMO-w1	59	56	0	7	VMO
K2-VMO-w2	75	52	23	6	VMO
K2-VMO-w3	54	56	7	5	VMO
K2-VMO-w4	104	63	44	8	VMO
Mittelwert	70,3	55,8	31,0	7,0	

<sup>4</sup> Einen Überblick über die Ergebnisse der Einzelfallanalysen geben die Fallvignetten in Abschnitt 7.1.1 – 7.1.3.



In Tabelle 6 sind die untersuchten Fälle noch einmal umgruppiert nach ihrer rekonstruierten Problemlage dargestellt.

Tab. 6: Sampleübersicht – Zuordnung zu Behandlungszweigen gemäß Analyse

Interview	Dauer in Min	Alter in Jahren	SIMBO-C	PHQ-4	Rekonstruierte Problemlage
K1-OR-w1	22	59	7	4	<b>OR</b>
K1-OR-w2	52	50	0	2	<b>OR</b>
K1-OR-w3	27	50	0	3	<b>OR</b>
K1-OR-m1	20	35	7	3	<b>OR</b>
K2-OR-w1	16	50	37	0	<b>OR</b>
K2-OR-m2	41	56	44	0	<b>OR</b>
K2-MBOR-w1	24	56	29	1	<b>OR</b>
K2-MBOR-m1	25	54	37	0	<b>OR</b>
<i>Mittelwert</i>	<i>28,4</i>	<i>51,3</i>	<i>20,1</i>	<i>1,6</i>	
K1-MBOR-m1	90	53	52	4	<b>MBOR funktional</b>
K2-OR-m3	61	53	44	1,5	<b>MBOR funktional</b>
K1-MBOR-w1	40	41	62	8	<b>MBOR psychosozial</b>
K1-MBOR-w3	52	53	77	7	<b>MBOR psychosozial</b>
K2-OR-m1	59	52	44	6	<b>MBOR psychosozial</b>
K1-VMO-w3	93	53	52	4	<b>MBOR psychosozial</b>
K1-MBOR-w2	22	57	53	5	<b>MBOR funktional+psychosozial</b>
K2-MBOR-w2	34	39	92	2	<b>MBOR funktional+psychosozial</b>
K2-MBOR-w3	33	56	22	1	<b>MBOR funktional+psychosozial</b>
<i>Mittelwert</i>	<i>53,8</i>	<i>50,8</i>	<i>55,3</i>	<i>4,3</i>	
K1-VMO-w1	47	53	77	8	<b>VMO Schmerz</b>
K1-VMO-w2	87	55	30	7	<b>VMO Schmerz</b>
K1-VMO-w4	43	58	15	11	<b>VMO Stress+Schmerz</b>
K2-VMO-w1	59	56	0	7	<b>VMO Stress+Schmerz</b>
K2-VMO-w2	75	52	23	6	<b>VMO Stress</b>
K2-VMO-w3	54	56	7	5	<b>VMO Stress</b>
K2-VMO-w4	104	63	44	8	<b>VMO Stress</b>
<i>Mittelwert</i>	<i>67,0</i>	<i>56,1</i>	<i>28,0</i>	<i>7,4</i>	

Wie in der letzten Spalte der Tabelle 6 erkennbar, konnten sowohl für die MBOR als auch für die VMO drei Subgruppen identifiziert werden (‚MBOR funktional‘, ‚MBOR psychosozial‘, ‚MBOR funktional + psychosozial‘ sowie ‚VMO Schmerz‘, ‚VMO Stress + Schmerz‘, ‚VMO Stress‘; Beschreibung siehe weiter unten). In der OR ergab sich hingegen keine weitere Ausdifferenzierung der Problemlage. Hinsichtlich des Alters unterschieden sich die (nach ihrer rekonstruierten Problemlage umgruppierten) OR- und MBOR-Fälle im Mittel kaum voneinander (OR: 51,3 J., MBOR: 50,8 J.); die VMO-Fälle waren im Schnitt 4,8 Jahre älter als die OR-Fälle und 5,3 Jahre älter als die MBOR-Fälle. Hinsichtlich der Werte auf dem SIMBO-C zeigte sich für die 24 untersuchten Fälle im Mittel folgendes Bild: Den geringsten SIMBO-Wert wies mit 20,1 die Gruppe der OR-Fälle auf, gefolgt von der VMO-Gruppe mit

einem Wert von 28,0 und der MBOR-Gruppe mit einem Wert von 55,3<sup>5</sup>. Für den PHQ-4 wurden für die drei Gruppen folgende Mittelwerte erhoben: 1,6 für die OR-, 4,3 für die MBOR- und 7,4 für die VMO-Gruppe<sup>6</sup>. Auf Gruppenebene bestätigte sich damit die Eignung von SIMBO-C und PHQ-4 als Screeninginstrumente zur Identifizierung von MBOR- bzw. VMO-Bedarf. Auf Einzelfallebene zeigten sich für den SIMBO-C jedoch auch falsch-positive und falsch-negative Fälle. Die Einzelfallanalysen zeigten, dass falsch-positive Fälle vor allem durch hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) in Folge akuter Ereignisse verursacht wurden (siehe die Fälle K2-OR-w1, K2-OR-m2, K2-MBOR-m1). Wie die Interviewkennungen zeigen, wurden zwei dieser Fälle (K2-OR-w1, K2-OR-m2) von Träger und Klinik erkannt und trotz hohen SIMBO-Wertes in die OR zugewiesen. Der falsch-negativ gescreente Fall (K2-MBOR-w3) wurde von Träger und Klinik ebenfalls als solcher erkannt und entgegen seines unter dem Cut-Off liegenden SIMBO-Wertes in die MBOR zugewiesen. Bei drei Fällen (K2-OR-m1, K2-OR-m3, K1-VMO-w3) wurde von Träger und Klinik jedoch (nach Maßgabe der Analyse) zu Unrecht gegen den SIMBO-Wert entschieden. In der Gruppe der VMO-RehabilitandInnen schlug der SIMBO-C bei zwei Fällen an (K1-VMO-w1, K2-VMO-w4). Die Einzelfallanalysen (siehe Fallvignetten in Abschnitt 7.1.3) bestätigten, dass es sich hierbei um VMO-Fälle mit BBPL handelt, wobei K2-VMO-w4 kurz vor Reha-Beginn einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 erhalten hat und nun mit 63 Jahren plant, nach der Reha vorzeitig in Rente zu gehen. Die Einzelfallanalysen von K1-VMO-w2, K1-VMO-w4, K2-VMO-w2 und K2-VMO-w3 zeigten, dass es sich bei ihnen ebenfalls um VMO-Fälle mit BBPL bzw. um VMO-Fälle mit psychosozialen Belastungen im beruflichen Bereich handelt, welche jedoch nicht durch den SIMBO-C erkannt bzw. erfasst wurden. Bei K1-VMO-w4 und K2-VMO-w3 (beide beschrieben Konflikt-/Mobbing-Situationen am Arbeitsplatz) lässt sich dies darauf zurückführen, dass es sich bei ihnen um klassische Durchhalterinnen handelt (keine/geringe AU-Zeiten). K1-VMO-w2 ‚schrammte‘ mit 30 Punkten sehr knapp am Cut-Off vorbei (auch sie beschrieb Konflikt- und Mobbing-Situationen am Arbeitsplatz, blieb aber bei den SIMBO-Fragen 2 (aktuelle AU), 5 (subjektive Erwerbsprognose) und 6 (Klärung beruflicher Situation) unauffällig). K2-VMO-w3 war in den letzten 12 Monaten zwar nicht krankgeschrieben und war es auch zum Interviewzeitpunkt nicht, jedoch ist sie bis zu ihrer Kündigung (die bei ihr das Ende einer Mobbing-Geschichte markierte) von ihrer Arbeit freigestellt worden und somit eventuell von Arbeitslosigkeit bedroht. Damit hatte von den interviewten VMO-RehabilitandInnen nur eine (K2-VMO-w1) keine BBPL bzw. keine berufsbezogene psychosoziale Belastung – sie hatte einen SIMBO-Wert von 0. Die Ergebnisse sprechen für einen nicht unerheblichen Teil von VMO/MBOR-Mischfällen

---

<sup>5</sup> Auf dem SIMBO-C können Werte von 0-100 erreicht werden. Ein Wert von  $\geq 30$  (Cut-Off) deutet auf das Vorliegen einer BBPL und damit eines MBOR-Bedarfes hin.

<sup>6</sup> Auf dem PHQ-4 (Teil des eingesetzten UKS) können Werte von 0 bis 12 erreicht werden. Ein Wert von  $> 5$  deutet auf das Vorliegen einer psychischen Komorbidität (Depressivität und/Ängste) hin.

innerhalb der Gruppe der VMO-RehabilitandInnen. Aus der Analyse der Interviews wird jedoch deutlich, dass die VMO-Problemlage (wenn ggf. auch durch berufsbezogene psychosoziale Belastungen mitbedingt bzw. aufrechterhalten) bei dieser Mischgruppe überwiegt und daher behandlungsleitend sein sollte. In unklaren Einzelfällen sollte bei der trägerseitigen Steuerung in eine Klinik zugewiesen werden, die sowohl VMO als auch MBOR vorhält (siehe hierzu auch 7.2). Der PHQ-4 erkannte – bis auf einen (K2-VMO-w3) – alle VMO-Fälle. Außer bei den VMO-Fällen schlug der PHQ-4 jedoch auch bei drei MBOR-Fällen an (K1-MBOR-w1, K1-MBOR-w3, K2-OR-m1). Hier zeigten die Einzelfallanalysen stärkere bis starke psychosoziale Belastungen im Berufsleben und mittlere Belastungen im Privatleben (jedoch keine psychischen Komorbiditäten von Krankheitswert), die die hohen Werte erklären. Diese Fälle wurden daher auch zu einer speziellen MBOR-Subgruppe zusammengefasst („MBOR psychosozial“). Zu dieser Subgruppe gehört auch K1-VMO-w3, bei der sich die im Interview berichtete psychosoziale Belastung nicht im PHQ-4 widerspiegelte (PHQ-4-Wert von 4). Innerhalb der MBOR gibt es also eine Subgruppe (entsprechend SIMBO-C und PHQ-4 eine MBOR/VMO-Mischgruppe), bei der zwar eine starke psychosoziale Belastung vorliegt, die Einzelfallanalysen jedoch zeigen, dass die BBPL überwiegt und behandlungsleitend sein sollte. In unklaren Einzelfällen sollte bei der trägerseitigen Steuerung auch hier in eine Klinik zugewiesen werden, die sowohl MBOR als auch VMO vorhält (siehe hierzu auch 7.2).

Deutlich wird in Tabelle 6 auch die unterschiedliche Interviewlänge der drei Hauptgruppen (siehe Spalte 2). Während die Interviews mit den OR-Fällen mit durchschnittlich 28,4 Minuten am kürzesten waren, nahmen die Interviews mit den MBOR-Fällen im Schnitt 53,8 Minuten, die mit den VMO-Fällen im Mittel sogar 67,0 Minuten in Anspruch. Dies spiegelt recht eindrücklich die unterschiedliche Schwere und Komplexität der von den RehabilitandInnen beschriebenen Problemlagen wider.

Im Folgenden werden nun die (aus RehabilitandInnenperspektive) rekonstruierten Problemlagen ausführlich beschrieben, mit ausgewählten Zitaten unterlegt sowie um Informationen aus dem UKS ergänzt.

**OR-Problemlage [K1-OR-w1/w2/w3/m1, K2-OR-w1/m2, K2-MBOR-w1/m1]**

Tab. 7: Informationen aus dem UKS für die Fälle mit OR-Problemlage

Interview	Schmerz- intensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-OR-w1	2	1	2	1
K1-OR-w2	2	2	1	1
K1-OR-w3	1	0	1	1
K1-OR-m1	1	0	1,5	1
K2-OR-w1	0	0	0	0
K2-OR-m2	1	0	0	0
K2-MBOR-w1	1	0	0	0
K2-MBOR-m1	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>

RehabilitandInnen mit OR-Problemlage beschrieben im Interview mittelgradige bzw. für einen begrenzten Zeitraum auch stärkere akute Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen. Sie wiesen im Vergleich mit den anderen RehabilitandInnengruppen die geringste subjektive Schmerzwahrnehmung und Schmerzbeeinträchtigung auf (deutlich in Erzählungen und UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘). Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines geringen Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 1 nach Gerbershagen (1986)<sup>7</sup>) geschlossen werden. Sie waren psychodiagnostisch unauffällig (PHQ-4  $\leq$  5; siehe Tab. 6) und hatten im Vergleich einen deutlich geringeren Leidensdruck. Es wurden keine oder nur geringe berufliche und/oder private psychosoziale Belastungen oder Barrieren auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (deutlich auch in den UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘). Vielmehr kennzeichnete sich diese RehabilitandInnengruppe durch sehr gute umweltbezogene Ressourcen (insb. soziale Unterstützung/Rückhalt: privat wie beruflich, abgesicherte Existenz).

*„Ich hab ein stabiles Umfeld, also Familie, die einen immer stützt.“ [K2-MBOR-w1]*

*„Also ich arbeite bei einem [...] Unternehmen, die sind sehr sozial und auch sehr bemüht, die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu beachten, auch was eben Vereinbarung von Beruf und Familie angeht. Die sind sehr fortschrittlich da, also da werden auch so Hilfsmittel... Wir haben natürlich die entsprechenden Stühle, man kann sich auch einen hoch- und runter fahrenden Schreibtisch bestellen und nutzen.“ [K1-OR-w3]*

<sup>7</sup> Das Stadium 1 kennzeichnet sich durch: intermittierenden, zeitlich begrenzten Schmerz mit wechselnden Intensitäten und umschriebener, meist zuordenbarer Lokalisation, zumeist angemessener Selbstmedikation oder Einnahme nach ärztlicher Verordnung, Aufsuchen des/r persönlichen Arztes/Ärztin und Konsultation empfohlener SpezialistInnen, ggf. einem schmerzbedingten Krankenhausaufenthalt (evtl. Schmerzzentrum) und/oder einer schmerzbedingten Operation, üblichen familiären, beruflichen und psychologischen Problemen und vollem Einsatz von Bewältigungsmöglichkeiten („akute Krankenrolle“).

*„Mein Chefin und wir alle, wir untereinander duzen uns. (kichert) Macht natürlich ein tolles Arbeitsverhältnis.“ [K2-MBOR-w1]*

*„Es gibt ja so viele Menschen, die ich hier getroffen habe. Wo ich dann auch gesehen habe, „Mein Gott, was haben die für Probleme?“ Außer familiärer auch finanzielle. Was natürlich auch viel ausmacht, ne? Und wenn man sich in der ganzen Zeit keine Sorgen um das Finanzielle machen muss, ist natürlich auch noch eine Hilfe, ne?“ [K2-OR-w1]*

Auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren wurden in den Interviews gute Stress- und Konflikt- sowie Schmerz- und Krankheitsbewältigungskompetenzen deutlich.

*„Großartig Probleme hab ich nicht.“, „[...] ich bin eigentlich so, dass ich das alles trotzdem noch positiv sehe und jetzt nicht mich da verkrieche und ich gehe dann viel spazieren [...] bin auch nicht so, dass ich jammere und sage mir tut es hier weh und da weh und das hilft ja auch nicht weiter.“ [K1-OR-w1]*

*„[...] ich bin von Natur aus ein positiver Mensch, Also positive Einstellung zum Leben. Das hat mir natürlich geholfen.“ [K2-OR-w1]*

*„[...] sonst habe ich dann keine Probleme. Also, da bin ich, wie gesagt, immer Optimist.“, „Es gibt nichts, was nicht geht, da wird so lange dran gearbeitet, bis das geht.“ [K2-OR-m2]*

Ferner wurden aus den Erzählungen günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (vgl. AVEM-Muster G, Schaarschmidt 2006) sowie die Abwesenheit beruflicher Gratifikationskrisen (subjektiv wahrgenommene Balance zwischen Verausgabung und Belohnung, vgl. Siegrist 1996 und Siegrist et al. 2004) erkennbar. RehabilitandInnen mit OR-Problemlage wiesen eine positive subjektive Erwerbsprognose auf; die Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde nicht als Problem wahrgenommen/bewertet bzw. wurde bereits in Abstimmung mit dem Arbeitgeber organisiert.

*„I: Hinsichtlich Wiedereinstieg in den Beruf, haben Sie da irgendwelche Zweifel. Ängste, Sorgen? B: Gar nicht. [...] Ich möchte wieder arbeiten. Mir macht die Arbeit Spaß. Ich habe super Arbeitsbedingungen. [...] Schwere Sachen heben und dergleichen ist auch alles schon abgesprochen. [...] Definitiv keine Probleme.“ [K2-MBOR-m1]*

*„Ich bin schon wieder gesundgeschrieben. Bin auch schon wieder arbeitsfähig gewesen, drei Wochen. Aber mit Rücksicht meiner Dienststelle. [...] ich hab dann den Abenddienst gefahren, der eben pflegerisch nicht so aufwendig ist.“ [K2-MBOR-w1]*

Ihre berufliche Funktions- und Leistungsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit sowie ihre berufliche Teilhabe war nur leicht (geringere AU-Zeiten in letzten 12 Monaten, aktuell arbeitsfähig) bzw. akut auch stärker beeinträchtigt (höhere AU-Zeiten bedingt durch einen akuten Vorfall). Gleiches galt für Beeinträchtigungen von Aktivitäten im täglichen Privatleben und der Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde).

*„Aber ich habe so keine Einschränkungen in meinem Alltag, wo ich sage, es gibt Dinge, die ich nicht mehr so gut machen kann. Bis jetzt noch nicht. Manchmal schmerzt es halt, aber ich, es ist nicht so, wie ich jetzt hier bei manchen gehört habe, die halt nicht mehr Fahrrad fahren können... Ich habe auch Beschwerden beim Fahrradfahren. Also ich fahre dann einarmig, weil ich permanent dabei bin, wieder Leben in den Arm zu holen. Aber es ist nicht*

*so, dass ich deswegen jetzt nicht mehr Fahrrad fahren könnte. Also die Einschränkungen im Alltag sind beherrschbar. Im Moment noch für mich.“ [K1-OR-w3]*

RehabilitandInnen mit OR-Problemlage wiesen einen negativen SIMBO-Wert von  $\leq 30$  bzw. einen falsch-positiven Wert von  $> 30$  aufgrund hoher AU-Zeiten in Folge eines akuten Ereignisses auf [K2-OR-w1/m2, K2-MBOR-m1]. Von der Rehabilitation erwarteten sie sich eine Verbesserung ihrer Funktions-/Leistungsfähigkeit bzw. eine Art präventives Entgegenwirken einer weiteren Verschlechterung.

*„[...] bin aber sehr froh, dass mir die Kur genehmigt wurde, weil ich jetzt halt auch schon so mitgekriegt habe, dass man schon sehr achtgeben muss, dass man den Anfängen halt auch wehren muss.“ [K1-OR-w3]*

*„[...] ich mich zwar zur Zeit relativ gut fühle und auch schmerzfrei bin, wollte ich eben aus diesen Gründen die Reha dann doch noch mal durchziehen, um zu gucken, was muss ich jetzt in Zukunft tun, damit das so bleibt.“ [K2-OR-w1]*

Die Abbildung 9 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten OR-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.<sup>8</sup>

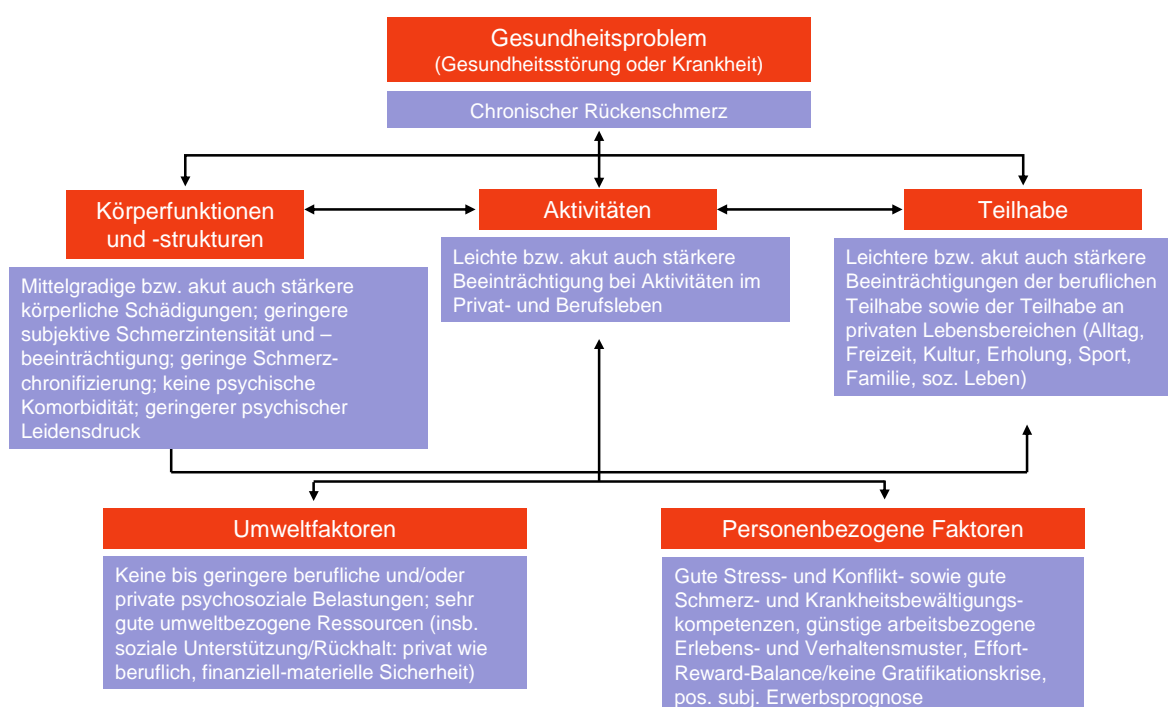


Abb. 9: OR-Problemlage (RehabilitandInnensicht)

<sup>8</sup> In den schematischen Darstellungen der Problemlagen findet sich auf Ebene des Gesundheitsproblems – entsprechend des Einschlusskriteriums für alle teilnehmenden RehabilitandInnen – der chronische Rückenschmerz. Dies heißt nicht, dass im Einzelfall nicht weitere Gesundheitsprobleme vorliegen können. So sind in den Fallvignetten im Anhang (Anlage 5) für die Einzelfälle konkrete Diagnosen aufgeführt, die sich aus den Interviews ableiten ließen.

## MBOR-Problemlagen

Subgruppe: MBOR funktional [K1-MBOR-m1, K2-OR-m3]

Tab. 8: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe MBOR funktional

Interview	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-MBOR-m1	3	3	0	2
K2-OR-m3	3	3	0	0
Mittelwert	3,0	3,0	0	1,0

RehabilitandInnen aus der MBOR-Subgruppe ‚MBOR funktional‘ beschrieben im Interview mittelgradige bis stärkere Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen. Sie wiesen eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (deutlich in Erzählungen und UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘) sowie einen höheren Leidensdruck auf. Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines mittleren Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 2 nach Gerbershagen (1986)<sup>9</sup>) geschlossen werden. Die RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe zeigten keine Resignationstendenzen und waren psychodiagnostisch unauffällig (PHQ-4  $\leq$  5; siehe Tab. 8). Es wurden keine oder geringere private und mittlere berufliche (v. a. aus der beruflich unsicheren Situation resultierende) psychosoziale Belastungen oder Barrieren auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (siehe auch UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘). RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe kennzeichneten sich insgesamt durch gute umweltbezogene Ressourcen (insb. soziale Unterstützung/Rückhalt im privaten, aber auch im beruflichen Bereich).

*„Die Firma ist sozial sehr hoch. Es gibt Weihnachtsgeld, es gibt Urlaubsgeld, es gibt Bonuszahlungen [...] Ich kriege jetzt sogar die Differenz zum Krankengeld, zu meinem, wie ich eigentlich verdient hätte, ne? Also ich habe im Moment keinen finanziellen Verlust.“, „Im November habe ich 30-Jähriges. Also ich bin da schon lange.“, „Und ich bin ja auch noch [...] Schwerbehindertenvertrauensmann. Über vier Jahre, ne?“ [K2-OR-m3]*

Berufliche Gratifikationskrisen (subjektiv wahrgenommene Imbalance zwischen Verausgabung und Belohnung, vgl. Siegrist 1996 und Siegrist et al. 2004) lagen hier (eher) nicht vor. Ebenfalls zeigten sich positive arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (vgl.

<sup>9</sup> Das Stadium 2 kennzeichnet sich durch: lang anhaltenden, fast kontinuierlichen Schmerz mit seltenem Stärkewechsel, Ausdehnung des Schmerzes auf benachbarte Körpergebiete (multilokuläres Schmerzsyndrom (70%) mit 2 oder mehr differenzierbaren Lokalisationen mit verschiedenen Schmerzqualitäten und -intensitäten oder ein Bild mit über 40% Körperoberfläche), unangemessener Selbstmedikation, zumeist 1-2 Medikamentenmissbrauchepisoden und Entzugsbehandlungen, 2-3maligen Wechsel des/r persönlichen Arztes/Ärztin und ziellose Konsultationen, 2-3 schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte, 1-2 Aufenthalte in Rehabilitations- oder Schmerzzentren, 2-3 schmerzbezogenen operativen Eingriffen, Auswirkungen auf die familiäre, berufliche und psychophysiologische Stabilität sowie noch vorhandenen, aber fehleingesetzten Bewältigungsstrategien („beginnende Invalidenrolle“).

AVEM-Muster G, Schaarschmidt 2006) und gute Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen.

Maladaptiv war jedoch die Schmerz- und Krankheitsbewältigung dieser MBOR-Subgruppe. So lagen häufig Fear Avoidance Beliefs (Überzeugungen, körperliche Aktivitäten führen bei einer vorliegenden Schmerzsymptomatik zur Schmerzverstärkung und/oder zu erhöhter Verletzungsgefahr) und entsprechendes Schmerzvermeidungsverhalten (vgl. Philips 1987), ggf. im Wechsel mit oder nach einer Phase von Enduranceverhalten (Durchhalteverhalten), vor (vgl. Grebner et al. 1999).

*„[...] ich bin einer, der erst zum Arzt geht, wenn ich den Kopf unterm Arm habe.“, „[...] jetzt weiß ich schon mal, dass wenn ich Schmerzen im Rücken habe, dass es nicht heißt, dass jetzt irgendwas noch mehr kaputt gehen kann, sondern dass ich eben mit diesen Schmerzen weitermachen muss. Und dass da nichts weiter kaputt geht. Und das war das, was ich jetzt die letzte Zeit über gemacht habe. Ich habe einfach immer wenn es weh tat, aufgehört, hingesezt, weil ich Angst hatte, da geht noch mehr kaputt.“ [K1-MBOR-m1]*

Aufgrund dessen wiesen diese RehabilitandInnen auch eine unklare oder gar negative subjektive Erwerbsprognose bezüglich ihres letzten Arbeitsplatzes, ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder ihres Berufes auf. Von der Rehabilitation erwarteten sich diese RehabilitandInnen eine Klärung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und Perspektive: „Was kann ich überhaupt noch?“.

*„Ich muss einfach erst mal gucken, wieweit werde ich wieder fit? Was kann ich dann?“, „[...] ich suche auch im Augenblick noch nach nichts. Weil dann irgendwo mich auf einen Beruf zu freuen oder mich festlegen, um hinterher festzustellen, das geht doch nicht, [...] das muss ich mir nicht antun. Dann erst mal gucken, wie weit werde ich jetzt so therapiert und was kann ich daraus dann suchen?“ [K1-MBOR-m1]*

*„[...] ja, natürlich möchte ich noch ein Bisschen arbeiten, aber wenn ich nicht kann, kann ich nicht mehr.“, „Vielleicht bin ich auch noch ein bisschen zu skeptisch oder vielleicht soll man mehr positiv denken. Denke ich auch. Ich will ja auch. Aber wenn es nicht geht, geht es nicht. Und meistens ist so, dass ich eben das Gefühl habe, es geht mehr nicht. Anstatt, dass es geht.“, „Und dann kommen einen die Gedanken [...] Musst, kriegst du jetzt Rente? Wie geht es weiter? Wie viel Rente kriege ich? Komme ich hin?“ [K2-OR-m3]*

Ihre berufliche Funktions- und Leistungsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit sowie ihre berufliche Teilhabe waren stark beeinträchtigt (hohe AU-Zeiten in letzten 12 Monaten, aktuell AU oder arbeitslos). Stärkere bis starke Beeinträchtigungen wurden hinsichtlich der Aktivitäten im täglichen Privatleben und der Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde) beschrieben. Es deutete sich bei dieser Subgruppe (bedingt durch die Fear Avoidance Beliefs) jedoch eine Diskrepanz zwischen subjektiv wahrgenommener und objektivierbarer Funktions- und Leistungsfähigkeit (subjektiv < objektiv) an. RehabilitandInnen der Problemlage ‚MBOR funktional‘ wiesen einen positiven SIMBO-Wert von > 30 auf.



Die Abbildung 10 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚MBOR funktional‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

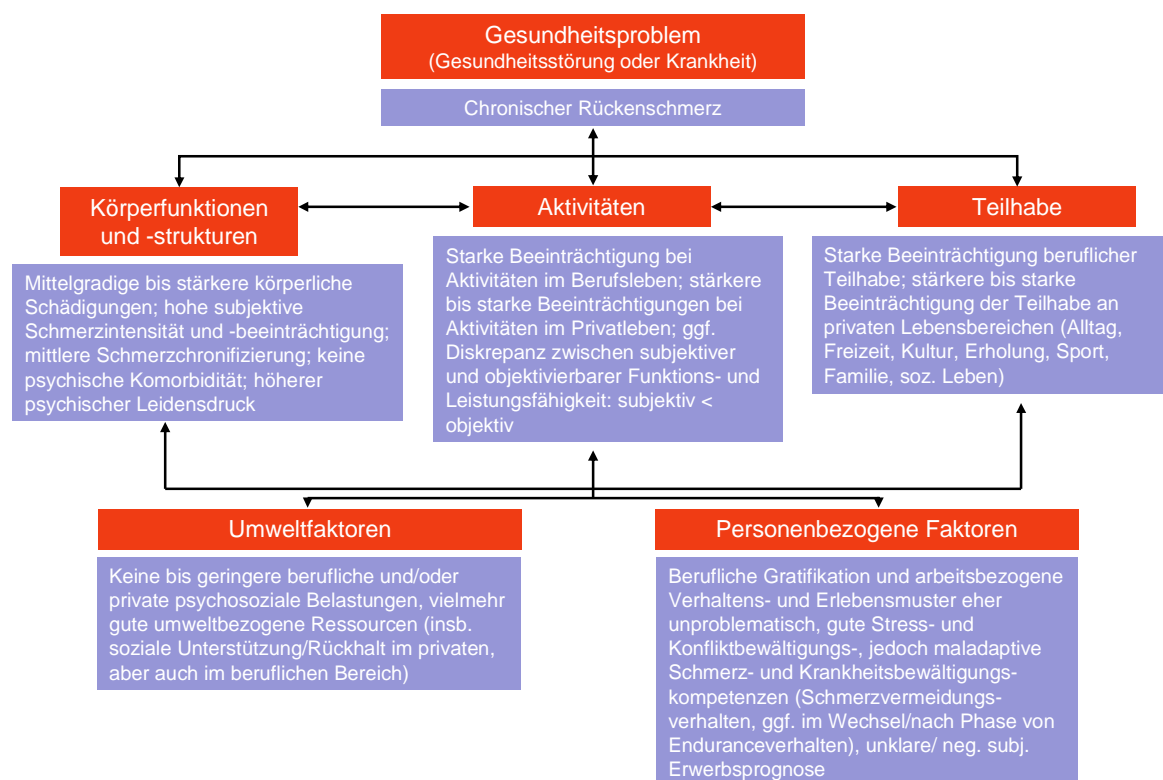


Abb. 10: Problemlage MBOR funktional (RehabilitandInnensicht)

Subgruppe: MBOR psychosozial [K1-MBOR-w1/w3, K2-OR-m1, K1-VMO-w3]

Tab. 9: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe MBOR psychosozial

Interview	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-MBOR-w1	3	3	1	3
K1-MBOR-w3	3	3	1	3
K2-OR-m1	3	3	2	3
K1-VMO-w3	3	3	1,5	3
<b>Mittelwert</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>1,4</b>	<b>3,0</b>

RehabilitandInnen aus der MBOR-Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ beschrieben im Interview mittelgradige bis stärkere Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen. Sie wiesen eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (deutlich in Erzählungen und UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘) sowie einen hohen Leidensdruck auf. Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines mittleren Schmerzchronifizierungsgrades

geschlossen werden (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 2 nach Gerbershagen (1986)) geschlossen werden. Die RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe waren psychodiagnostisch auffällig ( $PHQ-4 \geq 6$ ; siehe Tab. 6) [*K1-VMO-w3 mit PHQ-4 = 4 unerkannt*]; eine psychische Komorbidität von Krankheitswert war jedoch nicht erkennbar. Es wurden stärkere bis starke berufliche sowie geringe bis mittlere private psychosoziale Belastungen und Barrieren (Stress und/oder Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing, ggf. Doppel-/Mehrfachbelastung: Beruf + Haus- und Sorgearbeit (Kinder, pflegebedürftige Angehörige), prekäre finanzielle Lage) und nur wenig Ressourcen auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (deutlich auch in UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘).

*„I (= Interviewerin): Belastet das einen auch psychisch, dass man das nicht mehr so kann? B (= Befragte): Klar. I: Gibt es da irgendwie Rückhalt, so in der Familie oder Freunde? B: Nee. I: Die Kollegen, haben die Verständnis? B: Also jetzt, wo sie gesehen haben, dass es ernst ist, dass ich weg bin, ja. Und vorher, „Ja stell dich nicht so an.“ [...], „I: Und gegen die Schmerzen, nehmen Sie da Medikamente? B: Ja. Reichlich. Geht ja nicht anders. Wenn alles immer funktionieren muss. [kämpft mit Tränen] [...] man schluckt die Tabletten, man geht arbeiten. Fertig aus. Keine Zeit für nichts.“, „I: Und wenn Sie jetzt auf sich selbst mal gucken, gibt es da irgendwie Stärken, aber auch Schwächen, die mit diesem Problem im Zusammenhang stehen? B: Man ist ja so in diesem Trott drin, ne? Ich muss ja um sechs Uhr beim ersten Patienten sein, das ist natürlich dumm, wenn man vor drei Uhr nicht einschlafen konnte, wegen irgendwelcher Schmerzen. Das interessiert aber niemanden... auch keinen Chef [...]. Der merkt das ja auch nicht, wenn ich zum Spritzen war. Also das ist denen ja total egal, ne? Wenn man mittags reinkommt und total erschossen ist. Ja dann nimmt man dann die nächste Tablette und dann geht man nach Hause, macht man die Oma fertig und dann macht man Mittag und dann kommen die Kinder, weil meistens bringt meine noch jemanden mit, ne? Und dann ist der Tag erledigt.“, „Auch diese ständigen Teildienste. Wenn man sich dann, sagen wir mal von sechs bis elf, halb zwölf durchgeschlagen hat und froh ist, endlich zu Hause zu sein [...]. Und dann muss man, wenn andere Leute fertig sind und sich auf die Couch setzen, da kann ich um halb fünf wieder los [...] und dann noch bis acht oder neun fahren. Und natürlich morgens wieder um sechs da sein. Und das schlaucht einfach und die [Vorgesetzten, Anm. Autorin] kapierten das einfach nicht. Oder hatte ich mehrmals eine Woche Spätdienst und dann sollte ich am Wochenende einspringen. [...] Dann habe ich gesagt, ich würde gerne ein einziges Mal ausschlafen. „Ja du hattest doch Spätdienst die ganze Woche.“ Aber ich habe auch ein Kind, das muss um sechs Uhr aufstehen. Da schlafe ich doch nicht weiter. Das kapierten die nicht. Und insofern hat man keine Erholung.“ [K1-MBOR-w1]*

Die RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe kennzeichneten sich ferner durch eine maladaptive Stress- und Konflikt- sowie Schmerz- und Krankheitsbewältigung (Enduranceverhalten (aufgrund von Existenzängsten) sowie Schmerzvermeidungsverhalten (aufgrund von Fear Avoidance Beliefs)). Aus ihren Erzählungen wurden ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (vgl. AVE-M-Risikomuster A, Schaarschmidt 2006) sowie das Vorliegen von Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 1996 und Siegrist et al. 2004) erkennbar.

*„Also mein Leben bestand bis vor sechs fünf Jahre nur aus Arbeit.“, „Jahrelang weitergemacht und immer vorgesehen bis es dann halt gar nicht mehr ging und die Schmerzen auch richtig massiv wurden und auch mal über längere Zeit.“ [K2-OR-m1]*

*„Ich hatte 2003 praktisch 600 Überstunden. Mehr muss ich nicht sagen. Also wie gesagt ich war ständig und immer da und habe mich auch für alles verantwortlich gefühlt, ne?“ [K1-MBOR-w3]*

Auch diese MBOR-Subgruppe kennzeichnete sich durch eine unklare subjektive Erwerbsprognose („Kann und will ich diese Tätigkeit weiter ausüben?“) sowie durch starke Beeinträchtigungen erwerbsbezogener Aktivitäten und der beruflichen Teilhabe (hohe AU-Zeiten in letzten 12 Monaten, aktuell AU oder arbeitslos).

*„In Tagdienst kann ich auch nicht. Geht überhaupt nicht. Jetzt nicht nur von dem körperlichen. Allein der Gedanke lässt mich jetzt schon nicht mehr schlafen. [...] Das Personal ist so weit runter reduziert worden [...] Und dieser, wenn Frauen untereinander arbeiten, ne? [...] diese Sticheleien so hinter dem Rücken“, „B: Ich denke nicht, dass die Schmerzen ganz weggehen. Also für mich ist wichtig, dass ich es ertragen kann, ne? Dass es nicht mehr so meinen ganzen Tag bestimmt. [...] meine Arbeit dann machen kann. Obwohl Altenpflege ... Ich glaube, ich habe schon innerlich damit abgeschlossen. I: Und haben Sie schon eine andere Perspektive? B: Nee, noch nicht wirklich. [...] Das hoffe ich ja, durch das Gespräch vielleicht noch, dass ich da andere Perspektiven noch ... mir so aufzeigen kann oder so, ne? I: Reha-Beratung. B: Ja.“ [K1-MBOR-w3]*

Stärkere bis starke Beeinträchtigungen wurden hinsichtlich der Aktivitäten im täglichen Privatleben und der Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde) beschrieben. Es deutete sich auch hier (z. B. aufgrund von Fear Avoidance Beliefs oder aus Angst vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz) eine Diskrepanz zwischen subjektiv wahrgenommener und objektivierbarer Funktions- und Leistungsfähigkeit (subjektiv < objektiv) an. RehabilitandInnen der Problemlage ‚MBOR psychosozial‘ wiesen einen positiven SIMBO-Wert von > 30 (bzw. einen falsch negativen von ≤ 30 [K2-MBOR-w3]) auf. Von der Rehabilitation erwarteten sie sich eine Verbesserung und Klärung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und Perspektive sowie Strategien im Umgang mit Stress und Konflikten.

Die Abbildung 11 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚MBOR psychosozial‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

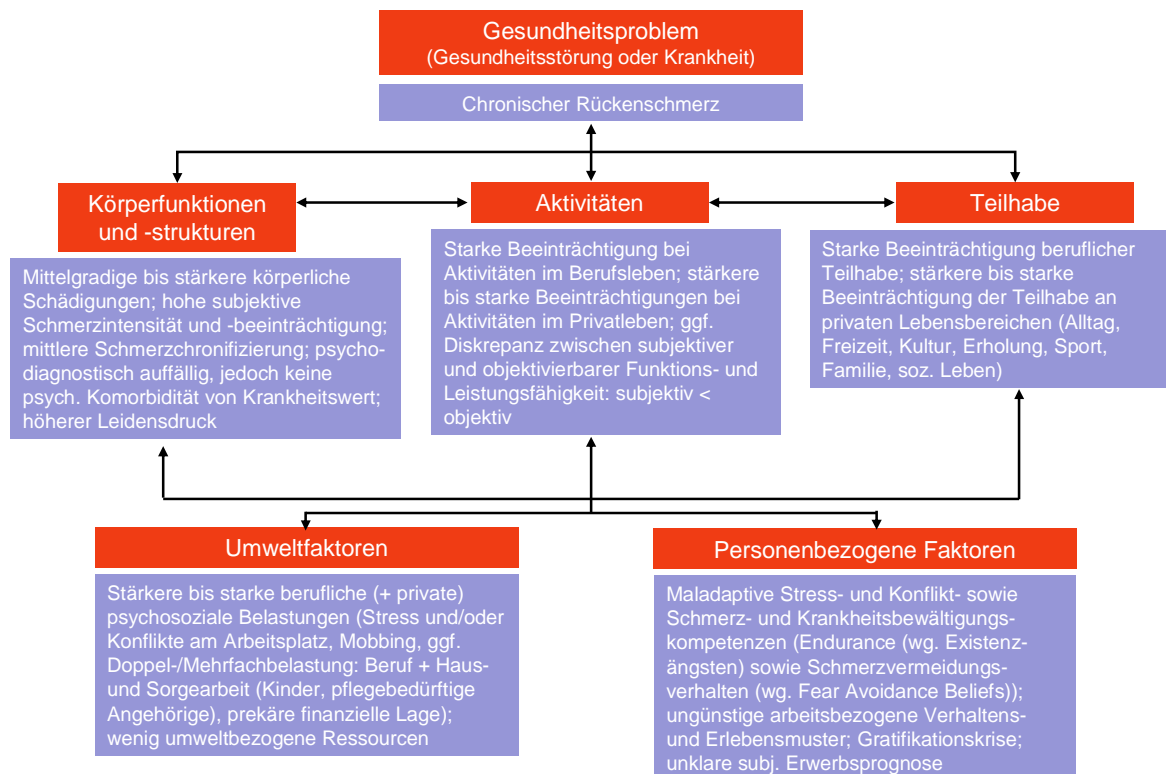


Abb. 11: Problemlage MBOR psychosozial (RehabilitandInnen-sicht)

Subgruppe: MBOR funktional + psychosozial (Mischtyp der beiden vorangegangenen Subgruppen, bei denen sowohl eine funktionale als auch eine psychosoziale Problemlage besteht, beides jedoch in geringerer Schwere) [K1-MBOR-w2, K2-MBOR-w2/w3]

Tab. 10: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe MBOR funktional + psychosozial

Interview	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-MBOR-w2	2	1	1	1
K2-MBOR-w2	2	2	1	0
K2-MBOR-w3	2	2	0	1
<b>Mittelwert</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>

RehabilitandInnen aus dieser MBOR-Subgruppe beschrieben im Interview mittelgradige Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen. Sie wiesen eine mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (deutlich in Erzählungen und UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘) sowie einen mittleren Leidensdruck auf. Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines geringen Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 1 nach Gerbershagen (1986)) geschlossen werden. Die RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe waren psychodiagnostisch unauffällig (PHQ-4 ≤ 5; siehe Tab. 6). Es wurden mittlere berufliche psychosoziale Belastungen/Barrieren (Zeitdruck, hohes Arbeitspensum) (inkonsistent zum UKS-Item ‚Berufliche Belastungen‘) und gute Ressourcen

im privaten Umfeld (soziale Unterstützung) auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (siehe auch UKS-Item ‚Familiäre/Private Belastungen‘). Die RehabilitandInnen dieser MBOR-Subgruppe kennzeichneten sich ferner durch ungünstigere Stress- sowie Schmerz- und Krankheitsbewältigungskompetenzen (Enduranceverhalten (häufig hohe subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit), aber auch Schmerzvermeidungsverhalten (aufgrund von Fear Avoidance Beliefs)). Aus ihren Erzählungen wurden ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (vgl. AVEM-Risikomuster A, Schaarschmidt 2006), aber keine Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 1996 und Siegrist et al. 2004) erkennbar.

*„Also dann wird durchgebissen und trotzdem aufgestanden und zur Arbeit gegangen. Wenn ich dann merke es funktioniert nicht und es wird dann langsamer oder ich kann die Leistung einfach nicht mehr bringen, aber ich bin schon wirklich der Typ, der sagt, so Augen zu und durch.“, „Manchmal fühle ich mich überlastet. Dass einfach zu viel Arbeit da ist und ich von vornherein das Gefühl habe, dass ich das einfach nicht packen kann und das verschlimmert natürlich noch alles. Wenn ich körperlich nicht so kann und merke der Druck ist so groß.“, „I: Und so ein Mensch besteht ja nicht nur aus Haut und Knochen sondern ist ja auch eine Seele und Psyche und gibt es denn da irgendwelche Belastungen, Probleme? B: Eigentlich weniger. Also ich bin, sag ich mal, relativ stabil und auch so von der Familie her habe ich eine ziemliche Unterstützung und wüsste jetzt nichts Negatives in der Beziehung zu sagen.“ [K1-MBOR-w2]*

*„[...] habe ein Arbeitspensum gehabt die letzten zehn Jahre von 60 bis 80 Stunden die Woche. Habe selbst den Ausschalter nicht mehr gefunden. Also ich kann keinen anderen schuldig sprechen, sondern war einfach meine Natur.“, „Also ich habe mich gefragt, was mit mir los ist. Ich war immer kernig, belastbar. Dynamisch. Und wenn du dann merkst, dass du keine Kraft mehr hast oder, dass du dich gewissen Problemen nicht mehr stellen kannst oder, dass du nicht konzentrieren kannst. Da stellt man sich in Frage, „Was ist denn jetzt los?“ Also ich habe jetzt keine ... Ich kann nicht sagen, dass ich mich weniger wert gefühlt habe oder ... aber dafür habe ich auch ein viel zu stabiles privates Umfeld, den Mann, die Eltern. [...] Ich habe auch nicht vor, da jetzt den Kopf in den Sand zu stecken. Ich denke, irgendwo gibt es in der Zukunft einen Platz für mich, wo ich alles vereinbaren kann.“, „Ich Möchte wieder rennen können. Nicht mehr die Vorsicht im Nacken zu haben. Mal eben schnell über die Straße flitzen. Das geht nicht, weil ich einfach eingeschränkt bin in der Bewegung. Von der Hüfte her, vom Rücken her und damit auch unsicher bin.“ [K2-MBOR-w2]*

*„25 Stunden Unterricht. Naja und alles andere, was viele Leute nicht so sehen, ne? Vorbereitung, Nachbereitung. Arbeiten kontrollieren. Dann bin ich Klassenlehrer. Klassenfahrten. Elternveranstaltungen. Eltern anrufen. [...] wo ich eben nicht abschalten kann, wenn ich nach Hause komme.“, „[...] dann kommt der Moment, wo sich alles so türmt und wo man gar nicht weiß, wo man anfangen soll. [...] dann sucht man irgendwas. Da fängt man an überall rumzukramen, dann findet man das auch nicht mehr. Das macht mich dann fertig“, „I: Haben Sie an sich selber schon mal so, so was wie depressive Verstimmung oder so was festgestellt? B: Ne, eigentlich nicht. I: Oder Ängste? B: Nee, also ich ärgere mich in solchen Situationen bloß über mich. Ja weil es gibt bestimmte Sachen, die ich dann suche und dann ohne richtig zu überlegen, fange ich halt an, kopflos alles rauszukramen und zwei Tage später greife ich irgendwo hin und dann habe ich das.“, „Und wie gesagt, ich habe mich dann versucht, ein bisschen so zu bewegen. Keine ruckartigen Bewegungen.“ [K2-MBOR-w3]*

Diese MBOR-Subgruppe kennzeichnete sich im Vergleich zu den anderen beiden MBOR-Subgruppen durch eine etwas geringere Beeinträchtigung ihrer erwerbsbezogenen Aktivitäten und beruflichen Teilhabe (starke Beeinträchtigungen nur bei Arbeitslosigkeit) sowie ihrer Aktivitäten im täglichen Privatleben und der Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde). Es deutete sich hier eine eher realistische Einschätzung der Funktions- und Leistungsfähigkeit (subjektiv = objektiv) an (bei vorliegenden Fear Avoidance Beliefs ggf. Unterschätzung: subjektiv < objektiv). Auch RehabilitandInnen der Problemlage ‚MBOR funktional + psychosozial‘ wiesen einen positiven SIMBO-Wert von > 30 auf. Von der Rehabilitation erwarteten sie sich eine Verbesserung ihrer (beruflichen) Leistungsfähigkeit.

Die Abbildung 12 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚MBOR psychosozial‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

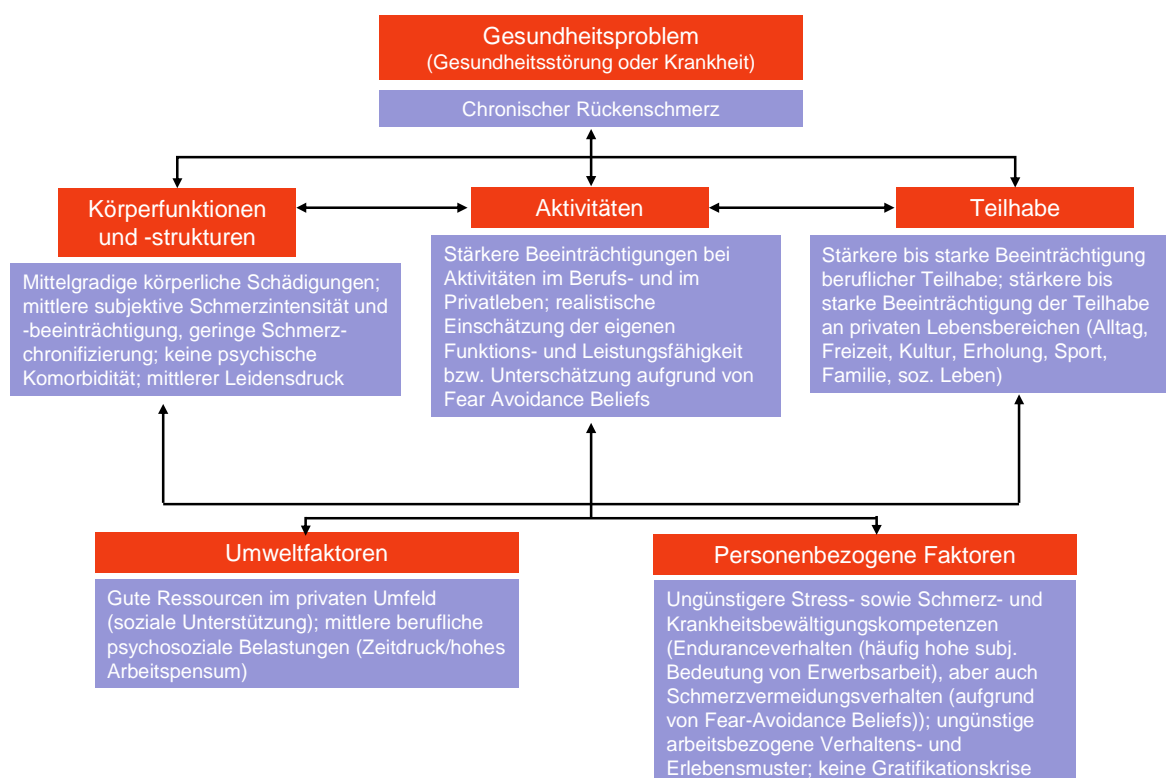


Abb. 12: Problemlage MBOR funktional + psychosozial (RehabilitandInnensicht)

## VMO-Problemlagen

### Subgruppe: VMO Schmerz [K1-VMO-w1/2]

Tab. 11: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe VMO Schmerz

Interview	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-VMO-w1	3	3	1	0
K1-VMO-w2	2	2	3	3
<b>Mittelwert</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>

RehabilitandInnen aus der Subgruppe ‚VMO Schmerz‘ beschrieben im Interview vielfältige und starke, in der Vergangenheit sich generalisierende Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen (es deutete sich an, dass hier eine Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektivierbaren Befunden bestehen könnte). Sehr deutlich wurde in den Interviews das Vorliegen einer psychischen Komorbidität von Krankheitswert; auf dem PHQ-4 war diese RehabilitandInnengruppe mit Werten von  $\geq 6$  entsprechend auffällig (siehe Tab. 6). In den Interviews wurde ferner eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung berichtet (deutlich auch in den UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘). Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines hohen Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 3 nach Gerbershagen (1986)<sup>10</sup>) geschlossen werden. Der Leidensdruck war bei dieser RehabilitandInnengruppe am aller höchsten und ging oftmals mit einem ausgeprägten Pessimismus und Resignation einher.

*„Ich habe ja Beschwerden seit ungefähr zehn Jahren. In den Händen. Und in der LWS. Und dann kam noch Einiges im Laufe der Zeit dazu.“, „[...] eigentlich hat sich das dann alles verselbständigt und mein Körper ist eigentlich nur noch ein ganz großer Schmerz.“, „Was ich nicht mehr habe, ich habe keine Ziele mehr. Ich stecke mir keine Ziele mehr. Wofür? Wo soll ich hin?“, „[...] ich merke, dass meine Seele immer mehr schreit.“ [K1-VMO-w1]*

*„Da kam eins ins andere.“, „[...] mein Zettel wird immer länger.“, „Ich habe also mehrere Krankheitsgeschichten [...]“, „Und ich sage mal, pisackt mich das eine nicht, pisackt mich das andere“, „weil ich eben auch permanent unter der Decke schwebe, mein Nervenkostüm ist ziemlich dünn und ich brauche nur anstoßen und dann habe ich nah am Wasser gebaut.“ [K1-VMO-w2]*

Es wurden stärkere bis starke berufliche und/oder private psychosoziale Belastungen und Barrieren (Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing und/oder private Konflikte, prekäre finanzielle Lage) auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (deutlich in Erzählungen

<sup>10</sup> Das Stadium 3 kennzeichnet sich durch: Dauerschmerz ohne oder mit seltenem Stärkewechsel, Ausdehnung des Schmerzes auf entfernt liegende Körpergebiete oft mit Lokalisationswechsel (monokuläres Schmerzbild mit über 70% der Körperoberfläche oder multikuläres Bild mit 3 oder mehr separaten Schmerzrepräsentationen mit gleicher Qualität und fast gleicher Intensität), langjährigen Medikamentenmissbrauch, 3 und mehr Entzugsbehandlungen, mehr als 3maliger ÄrztInnenwechsel, zielloser ÄrztInnen- und HeilpraktikerInnenbesuch („doctor shopping“), mehr als 3 Krankenhausaufenthalte, mehr als 3 Rehabilitationsmaßnahmen, Versagen in Familie, Beruf und Gesellschaft, keine/maladaptive Bewältigungsmechanismen („learned helplessness“).

und bei K1-VMO-w2 auch in den UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘).

*„[...] aufgrund der chronischen Schmerzen drehe ich mich irgendwie immer im Kreis. Und dann kommen die privaten Schmerzen. Das tut mir auch weh. Meine Älteste. Die finanziellen Sorgen. Weil ich noch Schulden hab von meinem Ex-Mann.“, „Und habe natürlich dann falsch gegriffen, wenn der Ehemann mich da sitzen lässt mit einem halbfertigen Haus, ist ewig fremdgegangen. Das sind alles so Verletzungen.“, „Und dann natürlich auch die beruflichen... Da fühle ich mich absolut im Moment unwohl. Nicht nur im Moment, das hat sich gesteigert... Ich passe auch nicht rein in das Team. Ich komme mit der Arbeit nicht mehr klar. Die macht mir auch keinen Spaß mehr. Ist so stupide und langweilig. Und wie gesagt, wenn man dann feststellt, dass man freie Tage, die man anreichen kann, abgelehnt bekommt. Aus irgendwelchen Gründen. Und man sieht, dass der Sachgebietsleiter den anderen das aber sehr wohl gebilligt... Da könnte ich ja schon platzen. Weil das ist für mich eine Ungleichbehandlung und Ungerechtigkeit.“, „Ich habe das Gefühl, dass das die Schmerzen, die ich habe, so noch verstärkt werden.“ [K1-VMO-w2]*

Auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren wurden in den Interviews ungünstige Konfliktbewältigungskompetenzen (sich als Opfer/ungerecht behandelte Person, alle anderen als Täter sehen; t. w. Austragen persönlicher, mitunter rechtlicher Kämpfe mit Angehörigen, Arbeitgebenden, Vorgesetzten/KollegInnen, Institutionen (um EM-Rente, um GdB)) sowie maladaptive Schmerz- und Krankheitsbewältigungsstrategien (Somatisieren psychosozialer Belastungen, sozialer Rückzug, zunehmende Passivität) deutlich.

*„Durch die Schmerzen habe ich mich isoliert. Ich wollte nicht, dass wenn ich aufgestanden bin, wenn mir der Rücken weh tat, ‚Geht es dir wieder schlecht, hast du Schmerzen?‘ Das wollte ich nicht, das habe ich abgeblockt, weil ich hatte darauf keine Lust. Und am Anfang bin ich meinem Mann zuliebe noch mitgegangen und dann gar nicht mehr.“ [K1-VMO-w1]*

Weiterhin wurden aus den Erzählungen ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (vgl. AVEM-Risikomuster A oder B, Schaarschmidt 2006) sowie berufliche Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 1996 und Siegrist et al. 2004) erkennbar. RehabilitandInnen mit einer ‚VMO Schmerz‘ -Problemlage wiesen eine negative subjektive Erwerbsprognose bezogen auf den aktuellen/letzten Arbeitsplatz, den Beruf oder den allgemeinen Arbeitsmarkt (Rentenwunsch) auf. Ihre berufliche Funktions- und Leistungsfähigkeit/Erwerbsfähigkeit sowie ihre berufliche Teilhabe waren stärker bis stark beeinträchtigt (hohe AU-Zeiten in letzten 12 Monaten, aktuell AU oder arbeitsfähig). Gleiches galt für Beeinträchtigungen von Aktivitäten im täglichen Privatleben und der Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde). RehabilitandInnen dieser VMO-Subgruppe wiesen einen positiven SIMBO-Wert von  $> 30$  (bzw. einen falsch-negativen von  $\leq 30$  [K1-VMO-w2]) auf. Von der Rehabilitation erwarteten sie sich eine Verbesserung ihrer (physischen wie psychischen) Funktions-/Leistungsfähigkeit, ggf. auch eine Klärung ihrer beruflichen Situation/Perspektive.



Die Abbildung 13 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚VMO Schmerz‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

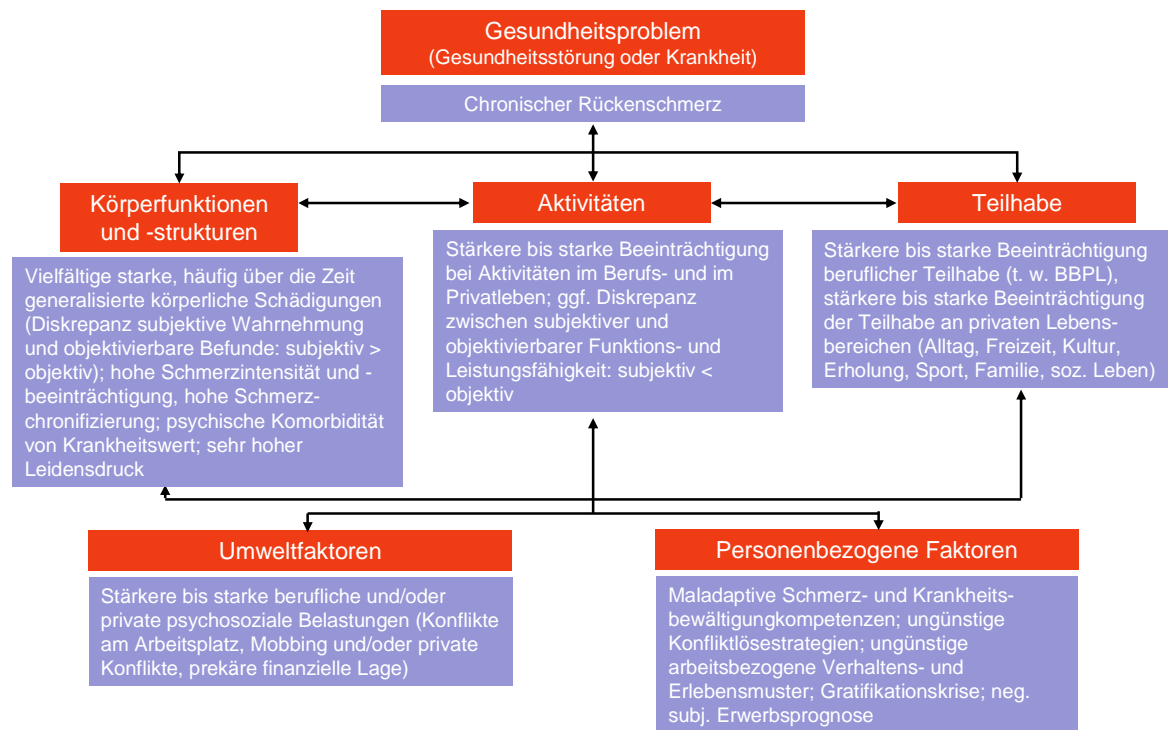


Abb. 13: Problemlage VMO Schmerz (RehabilitandInnensicht)

#### Subgruppe: VMO Stress + Schmerz [K1-VMO-w4, K2-VMO-w1]

Tab. 12: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe VMO Stress + Schmerz

Interview	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K1-VMO-w4	3	3	1	3
K2-VMO-w1	3	3	3	0
<b>Mittelwert</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>

RehabilitandInnen aus der Subgruppe ‚VMO Stress + Schmerz‘ beschrieben im Interview stärkere bis starke Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen (nicht so vielfältig/generalisiert wie bei der Subgruppe ‚VMO Schmerz‘; es deutete sich eine meist realistische Einschätzung an: subjektiv wahrgenommene Schädigungen = objektivierbare Befunde). Deutlich wurde in den Interviews das Vorliegen einer psychischen Komorbidität von Krankheitswert; auf dem PHQ-4 war diese RehabilitandInnengruppe mit Werten von  $\geq 6$  entsprechend auffällig (siehe Tab. 6). In den Interviews wurde ferner eine hohe bis sehr hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung berichtet (deutlich auch in den UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘). Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen

eines mittleren bis hohen Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 2-3 nach Gerbershagen (1986)) geschlossen werden.

*„[...] jetzt ist der [Schmerz, Anmerkung Autorin] aber massiv da. Und zwar immer und bei jeder Bewegung.“ [K2-VMO-w1]*

Der Leidensdruck war hoch bis sehr hoch. RehabilitandInnen dieser VMO-Subgruppe kennzeichneten sich ferner durch eine starke Erschöpfung. Es wurden stärkere bis starke berufliche und/oder private psychosoziale Belastungen und Barrieren (Stress/Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing und/oder pflegebedürftige Angehörige, angespannte finanzielle Lage) auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (deutlich in Erzählungen und UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘). Deutlich wurden auf Ebene personenbezogener Kontextfaktoren neben einer ungünstigen Schmerz- und Krankheitsbewältigung, mangelnde Stress-/Konfliktbewältigungskompetenzen am Arbeitsplatz (einschließlich ungünstiger arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster, vgl. ADEM-Risikomuster A oder B, Schaarschmidt 2006) und/oder eine maladaptive Bewältigung privater Belastungen.

*„B: Und wir mussten ja, bevor wir zur Reha kamen, einen Fragebogen ausfüllen. Und da habe ich eigentlich auch geschildert, dass ich Stress und Mobbing am Arbeitsplatz habe. Und immer dieser zeitliche Druck. Und ich habe mir immer mein Leben lang eingebildet, ich bin nicht langsam. Ohne Rücksicht auf meine Beschwerden habe ich gearbeitet. Also ist der Wille da und ich arbeite wirklich gerne. Ich habe diesen Beruf gewählt. Das war das, was ich wollte. Aber mittlerweile weiß ich ... Also, die Arbeit alleine, die macht mich ja nicht kaputt. Es ist ja nur einfach die Überforderung, die einen trifft, wenn Sie zugepackt werden. [...] Was ist, wenn ich jetzt wirklich nicht mehr kann? Das sind Existenznöte. Ich habe ja gesagt, mein Mann ist schwer krank seit über 30 Jahren. Wenn ich nicht mehr Geld verdienen kann, wo soll unsere Lebensexistenz... wo soll die bleiben? Ich habe doch nicht 40 Jahre gearbeitet, um im Alter einfach ein Sozialfall zu werden. Das kann es doch nicht sein. Und ich habe mir fest vorgenommen, bis zur Rente muss ich schaffen. Weil es hängt meine, die Existenz meines Mannes von ab.“ [K1-VMO-w4]*

*„[...] bei meinem Mann hat man vor eineinhalb Jahren Krebs festgestellt. Und dieser Krebs hat mich einfach in eine Situation gebracht, die für mich sehr anstrengend ist. [...] das was ich da gemacht habe, nämlich mich voll diesem Zustand zugewandt habe, habe ich mich seitdem komplett vernachlässigt. [...] nur Tempo angesagt, jeden Tag im Krankenhaus. Also Schule, Krankenhaus, Schule, Krankenhaus. [...] Aber da merkte ich, jetzt geht es an meine Grenzen. Und da fingen dann auch meine Schmerzen massiver an. Die waren vorher schleichend. Ich habe sie immer weggedrückt und das ging dann auch. Ein bisschen irgendwie strecken oder was auch immer oder eben wegdrücken und nicht dran denken. Und da war es nicht mehr aufzuhalten. Der Zustand wurde immer schlimmer, die Arme wurden taub, der Nacken steif, der ständige Kopfschmerz. Also ich wurde es einfach nicht mehr los. Der Rücken, also ich habe eh ein Bandscheibenproblem, das meldete sich ganz massiv. Also es ist, der ganze Körper schrie danach, jetzt irgendwie ist gut, jetzt ist gut.“, „Ich hatte unheimliche Angst. Ich muss durchhalten, mein Mann kann wahrscheinlich nie wieder arbeiten. Wir sind nicht sonderlich versichert.“, „Also wenn ich an diese Zeit denke und mich erinnere, habe ich mich immer wieder in dieser Zeit, ja, wie an so einem Fleischerhaken durchlaufe ich da diese Phase. Und das war eben diese schrecklichste Phase.“ [K2-VMO-w1]*

Die Funktions- und Leistungsfähigkeit war privat wie beruflich stärker bis stark beeinträchtigt. Es zeigten sich jedoch keine Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe (geringe AU-Zeiten) – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kam oder aufgrund von Enduranceverhalten im Job (aus selben Gründen wiesen diese RehabilitandInnen dann auch eine positive subjektive Erwerbsprognose auf). Der SIMBO blieb (ggf. fälschlicherweise [*Durchhalterin K1-VMO-w4*]) unauffällig ( $\leq 30$ ). Von der Rehabilitation erwartete sich diese VMO-Subgruppe eine Verbesserung ihrer (physischen wie psychischen) Funktions-/Leistungsfähigkeit, ggf. auch eine Klärung ihrer beruflichen Situation/Perspektive. Die Abbildung 14 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚VMO Stress + Schmerz‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

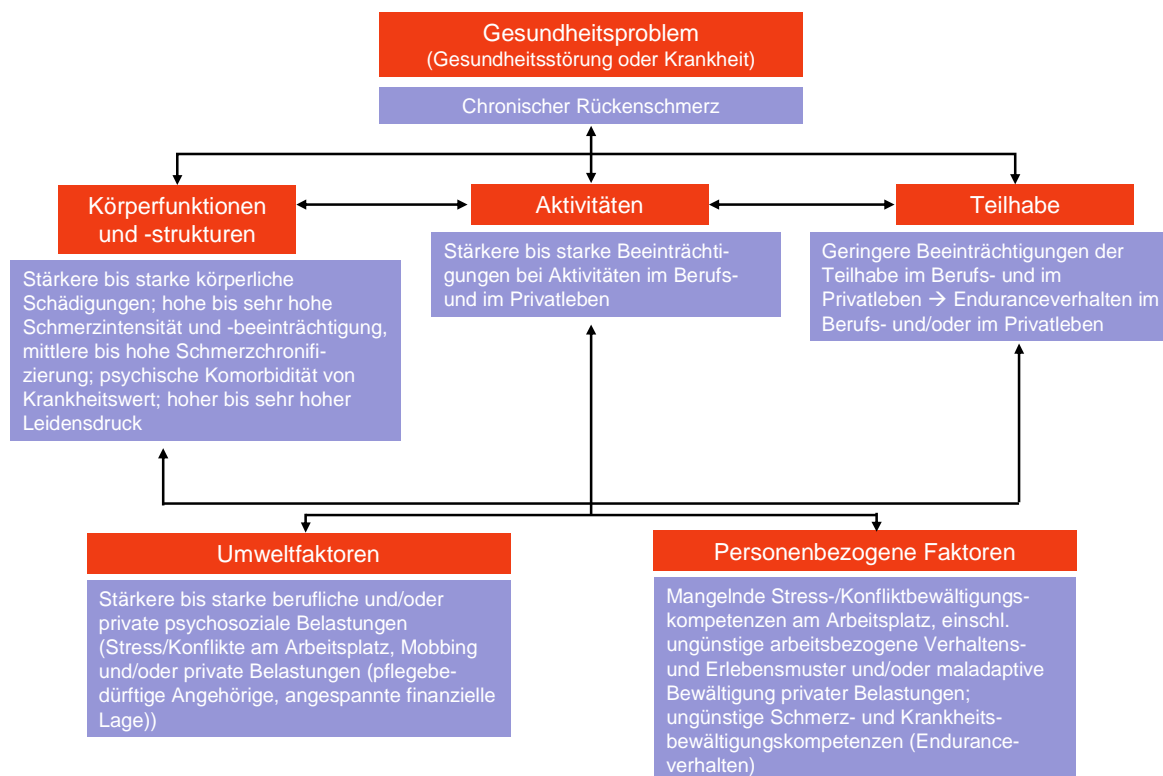


Abb. 14: Problemlage VMO Stress + Schmerz (RehabilitandInnensicht)

Subgruppe: VMO Stress [K2-VMO-w2/w3/w4]

Tab. 13: Informationen aus dem UKS für die Fälle der Subgruppe VMO Stress

Interview	Schmerz- intensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
K2-VMO-w2	1	1	2	3
K2-VMO-w3	1	1	0	3
K2-VMO-w4	3	1	2	0
<b>Mittelwert</b>	<b>1,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,0</b>

RehabilitandInnen aus der Subgruppe ‚VMO Stress‘ beschrieben im Interview mittelgradige Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen (es deutete sich eine meist realistische Einschätzung an: subjektiv wahrgenommene Schädigungen = objektivierbare Befunde) sowie eine geringere bis mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (deutlich auch in UKS-Schmerzitems ‚Schmerzintensität‘ und ‚Schmerzbedingte Funktionseinschränkung‘, mit Abweichung von K2-VMO-w4 in der Schmerzintensität). Aus den Erzählungen kann auf das Vorliegen eines geringen Schmerzchronifizierungsgrades (vgl. Schmerzchronifizierungsstadium 1 nach Gerbershagen (1986)) geschlossen werden. Deutlich wurde in den Interviews das Vorliegen einer psychischen Komorbidität von Krankheitswert; auf dem PHQ-4 war diese RehabilitandInnengruppe mit Werten von  $\geq 6$  entsprechend auffällig (siehe Tab. 6) [K2-VMO-w3 mit PHQ-4 = 5 *unerkannt*]. Es wurden stärkere bis starke berufliche und/oder private psychosoziale Belastungen und Barrieren (Stress/Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing und/oder private Belastungen) auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren geschildert (deutlich in Erzählungen und UKS-Items ‚Familiäre/Private Belastungen‘ und ‚Berufliche Belastungen‘).

*„Und dann passiert das mit meinem Arbeitsgeber. Das fand ich mit am Schlimmsten. Weil von heute auf morgen bekommt man was an den Kopf geknallt. Ich frage mich heute nur, warum haben die mich unbedingt mit 50 noch befördert, wenn sie mich drei Jahre später quasi auf so eine linke Art und Weise dann rausschmeißen. Das hat mir im Dezember so richtig den Boden weggerissen. Und ich war es auch nicht gewohnt auf einmal dazustehen und gar kein Geld zu haben. Man ist so hilflos. [...] das war richtig heftig.“* „Und Anfang Mai hatte dann mein Sohn auch noch einen schweren Arbeitsunfall.“ [K2-VMO-w2]

*„Dass ich gemerkt habe, dass mein Verhalten sich verändert hat. Auch noch durch eine Mobbing-Geschichte. Dass ich anfang die Segel zu streichen. Dass ich ein bisschen resigniert habe. Und mein Essverhalten hat sich, was sowieso schon immer so grenzwertig war, aber das ist jetzt so ein bisschen abgekippt. So dieses Schokoholic-Dasein hat sich verstärkt durch diese Stressmomente. Das sind alles so Sachen, wo es vorher grenzwertig war und durch die Mobbing-Geschichte und die Unfälle ist das einfach so zusammengekommen die letzten zwei Jahre, ne? Dass sich mein Gesamtbild irgendwie so ein bisschen ins Negative, die Negativspirale hat sich so mehr ausgeweitet.“* [K2-VMO-w3]

*„Ich habe einen negativen und pessimistischen Mann. Und das macht mich verrückt.“, „Wenn was passiert bei uns oder wenn irgendwas schief gelaufen ist, „Die Mutter“. Ich habe gesagt, gibt es noch einen anderen Namen wie „Die Mutter“? Ob das das Mädchen ist oder der Junge oder mein Mann, ich habe manchmal gar nichts damit zu tun.“, „Mein Junge war 30, da wurde er krebskrank.“, „Ein Jahr vorher stirbt meine Mutter und ein Jahr vorher ist mein Bruder tödlich verunglückt. Und ich hatte ein gutes Verhältnis zu meinem Bruder, weil mein Vater schon gestorben war. Das prägt alles. Also eins zum anderen.“ [K2-VMO-w4]*

Deutlich wurden auf Ebene personenbezogener Kontextfaktoren mangelnde Stress-/Konfliktbewältigungskompetenzen am Arbeitsplatz (einschließlich ungünstiger arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster, vgl. AVEM-Risikomuster A oder B, Schaarschmidt 2006) und/oder eine maladaptive Bewältigung privater Belastungen.

*„Also ich gebe immer viel von mir, ne? Das ist manchmal so meine Art halt, ne? Und dann ist es vielleicht noch mehr verletzend, ne? Als wenn man erst mal gar nicht so viel reinvestiert so, ne? Aber das war in der Psychosomatik schon mein Thema so Grenzen setzen, ne? Das ist Grenzen setzen beim Kind, Grenzen setzen in der Beziehung, Grenzen setzen bei der Arbeit. Und da sind meine Grenzen manchmal ein bisschen zu weit fließend, ne? Und das geht mir dann zu sehr manchmal dann an die eigene Substanz, ne? Das ist mein Thema, wo ich schon länger dran arbeite.“ [K2-VMO-w3]*

Die Funktions- und Leistungsfähigkeit war privat wie beruflich geringer bis mittelgradig beeinträchtigt. Es zeigten sich kaum Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe (geringe AU-Zeiten) – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kam oder aufgrund von Enduranceverhalten im Job (aus selben Gründen wiesen diese RehabilitandInnen dann auch eine positive subjektive Erwerbsprognose auf). Der SIMBO blieb (ggf. fälschlicherweise [Durchhalterin K2-VMO-w3]) unauffällig ( $\leq 30$ ). Von der Rehabilitation erwartete sich diese VMO-Subgruppe eine Verbesserung ihrer Funktions-/Leistungsfähigkeit, insbesondere aber auch Strategien zur Bewältigung von Stress und Konflikten.

*„I: Was erhoffen Sie sich denn von der Reha? B: Mehr Motivation wieder. Mehr Aktivität. Ja auch Stressbewältigung. Dass ich vielleicht manche Sachen nicht mehr so wichtig nehme, ne? Dass ich mir das nicht so immer zu Herzen nehme, sondern dass ich auch mal sage, ‚Okay. Jetzt bin ich dran. Jetzt muss ich gucken, wie ich da mit meinen Kräftepotenzialen hinkomme.‘ Ne? Und wenn was liegen bleibt, dann bleibt es eben auch mal liegen. Dass ich mir so, ja, so eine gewisse gesunde Gelassenheit hinkriege, ne?“ [K2-VMO-w3]*

Die Abbildung 15 fasst die Kennzeichen der aus der RehabilitandInnensicht rekonstruierten ‚VMO Stress‘-Problemlage noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

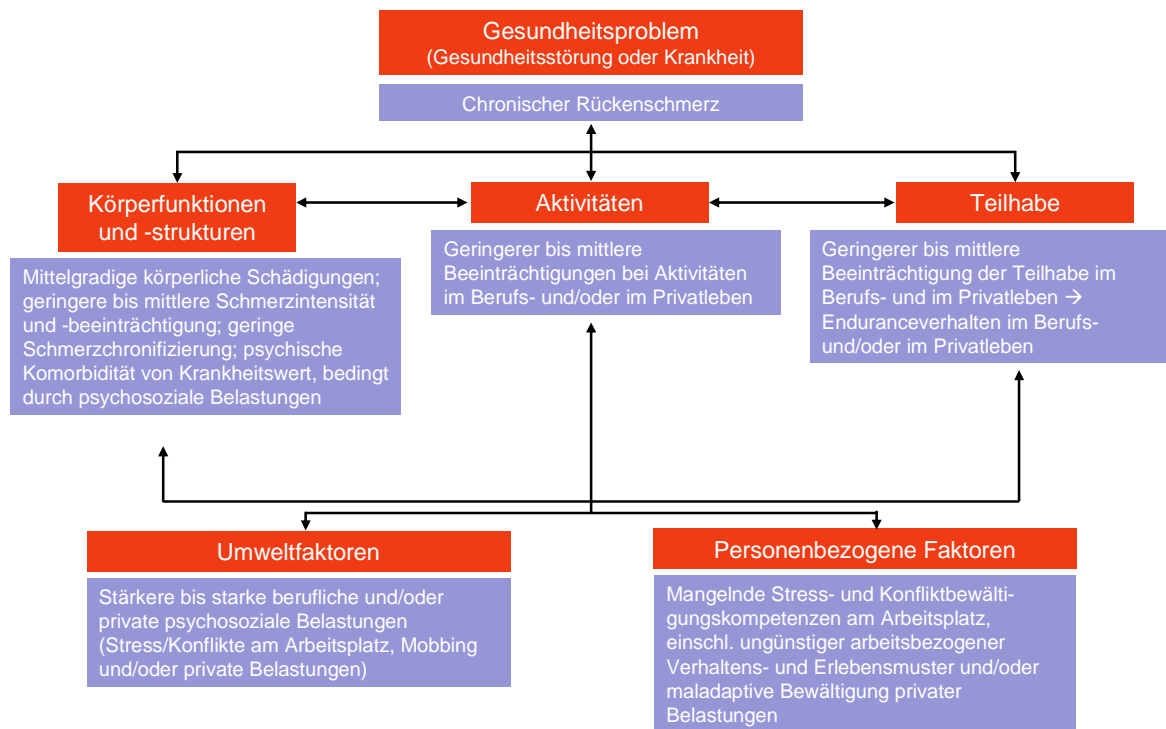


Abb. 15: Problemlage VMO Stress (RehabilitandInnen-sicht)

Folgend sollen – der Übersichtlichkeit halber und zum Zwecke des direkten Vergleichs – die Informationen aus dem UKS bezüglich der in den vergangenen zwei Wochen subjektiv von den RehabilitandInnen erlebten Schmerzintensität und schmerzbedingten Funktionseinschränkung sowie hinsichtlich ihrer gegenwärtig wahrgenommenen privaten und beruflichen Belastungen noch einmal tabellarisch (Tab. 14) über alle Problemlagen und Subgruppen hinweg dargestellt werden.

Tab. 14: Informationen aus dem UKS für alle Problemlagen und Subgruppen (Mittelwerte)

	Schmerzintensität	Schmerzbedingte Funktionseinschränkung	Private Belastungen	Berufliche Belastungen
OR	1,0	0,4	0,7	0,5
MBOR funkt.	3,0	3,0	0	1,0
MBOR psysoz.	3,0	3,0	1,4	3,0
MBOR funkt. + psysoz.	2,0	1,7	0,7	0,7
VMO Schmerz	2,5	2,5	2,0	1,5
VMO Stress + Schmerz	3,0	3,0	2,0	1,5
VMO Stress	1,7	1,0	1,3	2,0

Im direkten Vergleich ergeben sich auf Basis des UKS folgende (aufsteigende) Rangreihen:

- Schmerzintensität: OR – VMO Stress – MBOR funkt. + psysoz. – VMO Schmerz – MBOR funkt. / MBOR psysoz. / VMO Stress + Schmerz
- Schmerzbedingte Funktionseinschränkung: OR – VMO Stress – MBOR funkt. + psysoz. – VMO Schmerz – MBOR funkt. / MBOR psysoz. / VMO Stress + Schmerz
- Private Belastungen: MBOR funkt. – OR / MBOR funkt. + psysoz. – VMO Stress – MBOR psysoz. – VMO Schmerz / VMO Stress + Schmerz
- Berufliche Belastungen: OR – MBOR funkt. + psysoz. – MBOR funkt. – VMO Schmerz / VMO Stress + Schmerz – VMO Stress – MBOR psysoz.

Wie bei der Beschreibung der einzelnen Problemlagen dargestellt, sind bei der Betrachtung der Zahlen und Rangreihen jedoch Abweichungen zwischen UKS und Interviewinformationen zu berücksichtigen.

Tabelle 15 fasst die aus RehabilitandInnensicht (Interviews, UKS, SIMBO-C) rekonstruierten Problemlagen noch einmal entlang der wichtigsten (Differenz-)Merkmale zusammen.

Tab.15: Problemlagen aus RehabilitandInnensicht

	OR	MBOR funkt. + psysoz.	MBOR funkt.	MBOR psysoz.	VMO Schmerz		VMO Stress + Schmerz		VMO Stress	
Psych. Ko- morbidität	↓	↓	↓	→	↑		↑		↑	
Privat. Belastung	↓	↓	↓	→	↓	↑	↓	↑	↓	↑
Berufli. Belastung	↓	→	→	↑						
Schmerz	↓	→	↑	↑	↑		↑		↓	
BBPL	↓	↑	↑	↑	↑		↓		↓	

Bei den VMO Subgruppen liegt mind. *eine* psychosoziale Belastung (privat *und/oder* beruflich) vor.

## **6.2 ICF-Vercodung der RehabilitandInneninterviews**

Den in der Analyse der RehabilitandInneninterviews identifizierten Kennzeichen der individuellen Problemlagen wurden, den ICF Linking Rules folgend (Cieza et al. 2005), ICF-Codes (Kategorien) zugeordnet. Dabei wurden die Codes zugleich entsprechend des qualitativen Charakters des identifizierten Kennzeichens (keine, mittelgradige oder starke Schädigung der Körperstrukturen/-funktionen; keine, mittelgradige oder starke Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe; Ressource, mittelgradige oder starke umweltbezogene Barriere) gekennzeichnet<sup>11</sup>. Die so vergebenen Codes wurden in den Fallvignetten (siehe Kap. 7.1) vermerkt sowie zusätzlich noch einmal in Anlage 6 für jeden Einzelfall gesondert aufgelistet. Dies diente zum einen dazu, Unterschiede zwischen den Problemlagen auch auf diese Weise noch einmal sichtbar zu machen. Zudem sollte so die Möglichkeit der Entwicklung OR-, VMO- und MBOR-spezifischer ICF-Core Sets überprüft werden. Letzteres erfolgte mit Hilfe eines Abgleichs zu den bereits bestehenden Core Sets ‚Chronischer Rückenschmerz‘, ‚Vocational Rehabilitation‘, ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘.

Die Auszählung der Codes ergab folgende, für die einzelnen Dimensionen des biopsychosozialen Modells aufaddierte, Ergebnisse.

### *Körperstrukturen (insg. 88 vergebene Codes)*

Die Körperstrukturen sind die Modelldimension mit den wenigsten zugeordneten ICF-Codes, d. h. die RehabilitandInnen beschrieben ihre Problemlagen vergleichsweise wenig über die Schädigungen ihrer Körperstrukturen. Am ehesten taten dies noch die VMO-RehabilitandInnen (insbesondere die der Subgruppe ‚Schmerz‘) (siehe auch Tab. 16).

*Stark geschädigte Körperstrukturen* wurden am häufigsten bei RehabilitandInnen vercodet, die der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ angehören (14 Codes/~ 7 Codes p. P.), gefolgt von der VMO-Subgruppe ‚Stress + Schmerz‘ (14 Codes/~ 4,7 Codes p. P.), der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ (16 Codes/~ 4 Codes p. P.) und der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ (6 Codes/~ 3 Codes p. P.). Bei den OR-RehabilitandInnen wurden stark geschädigte Körperstrukturen 23-mal (~ 2,9 Codes p. P.) vercodet; ausschließlich bei ihnen wurden zudem auch 3-mal (~ 0,4 Codes p. P.) mittelgradig geschädigte Körperstrukturen vercodet. Bei den MBOR-Subgruppen ‚funktional‘ und ‚funktional + psychosozial‘ wurden 5 (~ 2,5 Codes p. P.) bzw. 7 (~ 2,3 Codes p. P.) Codes für stark geschädigte Körperstrukturen zugeordnet.

---

<sup>11</sup> Die ICF sieht eine stärker differenzierte Beurteilung des qualitativen Charakters einer Schädigung, Beeinträchtigung bzw. einer Barriere/Ressource vor: Problem nicht vorhanden, Problem leicht ausgeprägt, Problem mäßig ausgeprägt, Problem erheblich ausgeprägt, Problem voll ausgeprägt. Eine solch kleinteilige Differenzierung konnte auf Grundlage der Interviews nicht geleistet werden. Daher wurde abweichend eine dreistufige Differenzierung vorgenommen.



Die Zuordnung der ICF-Codes und deren Auszählung unterstreichen für die Modelldimension der Körperstrukturen v. a. die aus den Interviews herausgearbeitete Spezifik der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘, die sich durch zahlreiche und vielfältige, über die Zeit generalisierte Schädigungen der Körperstrukturen auszeichnet.

#### *Körperfunktionen (insg. 168 vergebene Codes)*

Bei den Körperfunktionen wurden mit 168 vergebenen Codes fast doppelt so viele Kennzeichen vercodet wie bei den Körperstrukturen. Nur für die Modelldimension der Aktivitäten und Teilhabe wurden noch mehr Codes zugeordnet. Die RehabilitandInnen beschrieben ihre Problemlagen damit v. a. über Schädigungen ihrer Körperfunktionen sowie über Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und Teilhabe.

*Stark geschädigte Körperfunktionen* wurden dabei am häufigsten bei RehabilitandInnen der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ vercodet (24 Codes/~ 12 Codes p. P.). Gefolgt werden sie von den anderen beiden VMO-Subgruppen ‚Stress + Schmerz‘ (15 Codes/~ 7,5 Codes p. P.) und ‚Stress‘ (19 Codes/~ 6,3 Codes p. P.). Bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ wurden stark geschädigte Körperfunktionen 10-mal (~ 5 Codes p. P.), bei der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ 15-mal (~ 3,8 Codes p. P.), bei den OR-RehabilitandInnen 13-mal (~ 1,7 Codes p. P.) und bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ 3-mal (~ 1 Code p. P.) vercodet. Auch hier zeigt sich wieder die aus den Interviews herausgearbeitete Spezifik der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘, die sich auch bei den Körperfunktionen durch zahlreiche und vielfältige, über die Zeit generalisierte Schädigungen kennzeichnet.

*Mittelgradig geschädigte Körperfunktionen* wurden am häufigsten bei den OR-RehabilitandInnen vercodet (29 Codes/~ 3,6 Codes p. P.), gefolgt von den drei MBOR-Subgruppen ‚MBOR psychosozial‘ (13 Codes/~ 3,3 Codes p. P.), MBOR ‚funktional + psychosozial‘ (8 Codes/~ 2,7 Codes p. P.) und MBOR ‚funktional‘ (1 Code/~ 0,5 Codes p. P.) sowie der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ (2 Codes/~ 0,3 Codes p. P.). Bei den RehabilitandInnen der VMO-Subgruppen ‚Schmerz‘ und ‚Stress + Schmerz‘ wurden keine Codes für mittelgradig geschädigte Körperfunktionen vergeben.

Ausschließlich bei den OR-RehabilitandInnen wurden auch *Körperfunktionen positiver Ausprägung* vercodet. Dies betraf – die Interviewergebnisse unterstreichend – v. a. psychisch-mentale Körperfunktionen (15 Codes/~ 1,9 Codes p. P.) wie z. B. psychische Stabilität und Optimismus. *Starke* (17 Codes/~ 2,4 Codes p. P.) und *mittelgradige* (12 Codes/~ 1,7 Codes p. P.) *Schädigungen psychisch-mentaler Funktionen* wurden hingegen insbesondere bei den VMO-RehabilitandInnen codiert.

Die Auszählung zeigte auch bei den Körperfunktionen *Schmerz* und *Schlaf* auffällige, problemlagespezifische Ergebnisse. So wurde bei der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ 10-mal (~ 5 Codes p. P.) starker Schmerz vercodet, darunter 2 Codes (1 Code p. P.) für generalisierten Schmerz. Bei der VMO-Subgruppe ‚Stress + Schmerz‘ wurde starker Schmerz 5-mal (~ 2,5

Codes p. P.), bei der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ 9-mal (~ 2,3 Codes p. P.), bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ 3-mal (~ 1,5 Codes p. P.), bei der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ 4-mal (~ 1,3 Codes p. P.) und bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ 1-mal (~ 0,3 Codes p. P.) vercodet. Bei den OR-RehabilitandInnen wurde 5-mal (~ 0,6 Codes p. P.) starker Schmerz, bei einem OR-Rehabilitanden wegen Schmerzfreiheit ein Code positiver Ausprägung für die Kategorie Schmerz vergeben. Unter Schlafstörungen (t. w. schmerzbedingt, t. w. aufgrund von Grübeln) litten alle sieben VMO-RehabilitandInnen, beide RehabilitandInnen der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ sowie drei der vier RehabilitandInnen der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘.

#### *Aktivitäten und Teilhabe (insg. 192 vergebene Codes)*

In der Dimension Aktivitäten und Teilhabe wurden die meisten Codes vergeben. Insbesondere die MBOR-RehabilitandInnen (darunter v. a. die der Subgruppe ‚psychosozial‘) beschrieben ihre Problemlagen über Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und Teilhabe (siehe Tab. 16).

*Stark beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe* wurden am häufigsten bei RehabilitandInnen vercodet, die der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ (42 Codes/~ 10,5 Codes p. P.) bzw. der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ (21 Codes/~ 10,5 Codes p. P.) angehören, gefolgt von der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ mit 16 Codes (~ 8 Codes p. P.) und der MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ mit 22 Codes (~ 7,3 Codes p. P.). Bei der VMO-Subgruppe ‚Stress + Schmerz‘ wurden 10 Codes (~ 5 Codes p. P.) für stark beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe vergeben, bei der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ 13 Codes (~ 4,3 Codes p. P.) und bei den OR-RehabilitandInnen 7 Codes (~ 0,9 Codes p. P.).

*Mittelgradig beeinträchtigte Aktivitäten und Teilhabe* wurden mit 21 Codes am häufigsten bei den OR-RehabilitandInnen vergeben (~ 2,6 Codes p. P.). Es folgten die VMO- und MBOR-Subgruppen VMO ‚Stress‘ (4 Codes/~ 1,3 Codes p. P.) und MBOR ‚funktional + psychosozial‘ (4 Codes/~ 1,35 Codes p. P.), VMO ‚Stress + Schmerz‘ (2 Codes/~ 1 Code p. P.) und ‚Schmerz‘ (2 Codes/~ 1 Kategorie p. P.), MBOR ‚funktional‘ (1 Code/~ 0,5 Codes p. P.) und MBOR ‚psychosozial‘ (1 Code/~ 0,3 Codes p. P.).

Neben beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe wurden auch *Codes positiver Ausprägung* vergeben: bei den OR-RehabilitandInnen 22 Codes (~ 2,75 Codes p. P.), bei den RehabilitandInnen der VMO-Subgruppen ‚Stress + Schmerz‘ 2 Codes (~ 1 Code p. P.) und bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ 2 Codes (~ 1 Kategorie p. P.).

Aufgrund ihrer Relevanz für die Differenzierung der einzelnen Problemlagen sind im Folgenden die Auszählungen für die ICF-Kategorien ‚Mit Stress umgehen‘, ‚Arbeit erhalten, behalten, beenden‘/‚bezahlte Tätigkeit‘, ‚Erholung und Freizeit‘ sowie für Kategorien, die alltägliche Bewegungen in Beruf und Privatleben beschreiben (‚Eine Körperposition

wechseln', 'In einer Körperposition verbleiben', 'Gegenstände anheben und Tragen', 'Lange Entfernungen gehen') noch einmal gesondert aufgeführt.

*Mit Stress umgehen:* Eine *starke Beeinträchtigung* wurde 4-mal bei der MBOR-Subgruppe 'psychosozial' (~ 1 Code p. P.), 3-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional + psychosozial' (~ 1 Code p. P.), 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Schmerz' (~ 1 Code p. P.), 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress + Schmerz' (~ 1 Code p. P.) und 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress' (~ 0,7 Codes p. P.) vercodet. Eine *mittlere Beeinträchtigung* wurde 1-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional' (~ 0,5 Codes p. P.) und 1-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress' (~ 0,3 Codes p. P.), *keine Beeinträchtigung* 8-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 1 Code p. P.) und 1-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional' (~ 0,5 Codes p. P.) kategorisiert. Aus den Interviews wäre auch bei der VMO-Subgruppe 'Stress' eine starke Beeinträchtigung der Aktivität 'Mit Stress umgehen' für alle dieser Subgruppe zugehörigen RehabilitandInnen zu erwarten gewesen.

*Arbeit erhalten, behalten, beenden und bezahlte Tätigkeit:* Eine *starke Beeinträchtigung* wurde 4-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional' (~ 2 Codes p. P.), 8-mal bei der MBOR-Subgruppe 'psychosozial' (~ 2 Codes p. P.), 4-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional + psychosozial' (~ 1,3 Codes p. P.) und 1-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 0,1 Codes p. P.) vercodet. Eine *mittlere Beeinträchtigung* wurde 3-mal bei der MBOR-Subgruppe 'funktional + psychosozial' (~ 1 Code p. P.), 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Schmerz' (~ 1 Code p. P.), 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress + Schmerz' (~ 1 Code p. P.), 6-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 0,8 Codes p. P.) und 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress' (~ 0,7 Codes p. P.) gezählt. *Keine Beeinträchtigung* wurde 12-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 1,5 Codes p. P.) und 2-mal bei der VMO-Subgruppe 'Stress + Schmerz' (~ 1 Code p. P.) kategorisiert. Die Auszählungen unterstreichen erwartungskonform die starke Beeinträchtigung erwerbsbezogener Aktivitäten und Teilhabe bei den MBOR-RehabilitandInnen, die aus den Interviews herausgearbeitete mittlere Beeinträchtigung der VMO-RehabilitandInnen sowie die geringere Beeinträchtigung der OR-RehabilitandInnen.

*Erholung und Freizeit:* *Starke Beeinträchtigungen* fanden sich insbesondere bei den VMO-RehabilitandInnen (12 Codes/~ 1,7 Codes p. P.) und den MBOR-RehabilitandInnen (15 Codes/~ 1,7 Codes p. P.) sowie nur 1-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 0,1 Codes p. P.). Auch dies spiegelt die Interviewergebnisse wider und verdeutlicht noch einmal, dass die Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen bei den MBOR-RehabilitandInnen nicht auf das Erwerbsleben reduziert werden dürfen.

*Alltägliche Bewegungen in Beruf und Privatleben* ('Eine Körperposition wechseln', 'In einer Körperposition verbleiben', 'Gegenstände anheben und Tragen', 'Lange Entfernungen gehen'): *Starke Beeinträchtigungen* fanden sich mit 31 Codes (~ 3,4 Codes p. P.)

insbesondere bei den MBOR-RehabilitandInnen (bei den VMO-RehabilitandInnen waren es nur 6 (~ 0,9 Codes p. P.), bei OR-RehabilitandInnen nur 2 Codes (~ 0,3 Codes p. P.)). Dies spiegelt noch einmal die Tendenz der MBOR-RehabilitandInnen wider, ihre Problemlagen insbesondere mit Aktivitätsbeeinträchtigungen zu beschreiben.

#### *Umweltfaktoren (insg. 119 vergebene Codes)*

Den aus den RehabilitandInneninterviews identifizierten Kennzeichen konnten 119 Codes der Modelldimension Umweltfaktoren zugeordnet werden. Damit beschrieben die RehabilitandInnen ihre Problemlagen zwar häufiger mit umweltbezogenen Kontextfaktoren als mit Merkmalen ihrer Körperstrukturen (88 vergebene Codes), gleichzeitig aber auch weit weniger als mit Kennzeichen ihrer Körperfunktionen (168 vergebene Codes) sowie ihrer Aktivitäten und ihrer Teilhabe (192 vergebene Codes).

*Starke umweltbezogene Hemmfaktoren/Barrieren* wurden am häufigsten bei RehabilitandInnen vercodet, die der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ angehören (17 Codes/~ 4,3 Codes p. P.), gefolgt von der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ mit 7 Codes (~ 3,5 Codes p. P.), der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ mit 9 Codes (~ 3 Codes p. P.), der VMO-Subgruppe ‚Stress + Schmerz‘ mit 5 Codes (~ 2,5 Codes p. P.), der MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ mit 6 Codes (~ 2 Codes p. P.), der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ mit 3 Codes (~ 1,5 Codes p. P.) sowie den OR-RehabilitandInnen mit 6 Codes (~ 0,8 Codes p. P.).

*Mittlere umweltbezogene Hemmfaktoren/Barrieren* wurden am häufigsten bei OR-RehabilitandInnen mit 6 Codes (~ 0,8 Codes p. P.) vercodet, gefolgt von der MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ mit 2 Codes (~ 0,7 Codes p. P.), der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ und der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ mit jeweils 1 Kategorie (~ 0,5 Codes p. P.), der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ und der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ mit jeweils 1 Code (~ 0,3 Codes p. P.) sowie der VMO-Subgruppe ‚Stress + Schmerz‘ mit 0 Codes.

*Förderfaktoren/Ressourcen* wurden am häufigsten bei der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ (8 Codes/~ 4 Codes p. P.) und bei den OR-RehabilitandInnen (27 Codes/~ 3,4 Codes p. P.) vercodet. Es folgen die VMO-Subgruppen ‚Stress + Schmerz‘ mit 5 Codes (~ 2,5 Codes p. P.), ‚Stress‘ mit 5 Codes (1,7 Codes p. P.) und ‚Schmerz‘ mit 3 Codes (~ 1,5 Codes p. P.) sowie die MBOR-Subgruppe ‚funktional + psychosozial‘ mit 3 Codes (~ 1 Code p. P.) und die MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘ mit 3 Codes (0,8 Codes p. P.).

Im Folgenden sind die Auszählungen für die ICF-Kategorien ‚Soziale Beziehungen im Privatleben‘ und ‚Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens‘ aufgrund ihrer Relevanz für die Differenzierung der einzelnen Problemlagen noch einmal gesondert aufgeführt.

Bei den OR-RehabilitandInnen wurden *soziale Beziehungen im Privatleben* 14-mal als Ressource vercodet (~ 1,8 Codes p. P.), bei den VMO-RehabilitandInnen 5-mal (~ 0,7 Codes

p. P.) und bei den MBOR-RehabilitandInnen 6-mal (~ 0,7 Codes p. P.). Als mittelgradige oder starke Barriere/Hemmfaktor/Belastung wurden soziale Beziehungen 11-mal bei den MBOR-RehabilitandInnen (~ 1,2 Codes p. P.) (insbesondere RehabilitandInnen der MBOR-Subgruppe ‚psychosozial‘), 6-mal bei den VMO-RehabilitandInnen (~ 0,9 Codes p. P.) (insbesondere RehabilitandInnen der VMO-Subgruppe ‚Stress‘) und 5-mal bei den OR-RehabilitandInnen (~ 0,6 Codes p. P.) vercodet.

*Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens* wurden bei den MBOR-RehabilitandInnen 9-mal (~ 1 Code p. P.), bei den VMO-RehabilitandInnen 5-mal (~ 0,7 Codes p. P.) und bei den OR-RehabilitandInnen 3-mal (~ 0,4 Codes p. P.) als starke Belastung/Barriere vercodet.

Insgesamt unterstreichen auch die Auszählungen in der Modelldimension Umweltfaktoren die Ergebnisse der RehabilitandInneninterviews.

Eine zusammenfassende Übersicht über die Anzahl der vergebenen Codes in den Dimensionen des biopsychosozialen Modells für die einzelnen Problemlagen und Subgruppen gibt Tab. 16.

Tab. 16: Übersicht über die Anzahl der vergebenen Codes

	<b>OR</b>	MBOR funkt.	MBOR psysoz.	MBORfunkt. + psysoz.	<b>MBOR</b>	VMO Schmerz	VMO Stress + Schmerz	VMO Stress	<b>VMO</b>
<b>KS:</b> stark geschädigt	<b>23</b> <b>(~ 2,9)</b>	5 (~ 2,5)	16 (~ 4)	7 (~ 2,3)	<b>28</b> <b>(~ 3,1)</b>	14 (~ 7)	6 (~ 3)	14 (~ 4,7)	<b>34</b> <b>(~ 4,9)</b>
<b>KS:</b> mittelgradig geschädigt	<b>3</b> <b>(~0,4)</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>KS:</b> keine Schädigung	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Gesamt</b>	<b>26 (~ 3,3)</b>	5 (~ 2,5)	16 (~ 4)	7 (~ 2,3)	<b>28 (~ 3,1)</b>	14 (~ 7)	6 (~ 3)	14 (~ 4,7)	<b>34 (~ 4,9)</b>
<b>KF:</b> stark geschädigt	<b>13</b> <b>(~ 1,6)</b>	10 (~5)	15 (~ 3,8)	3 (~ 1)	<b>28</b> <b>(~ 3,1)</b>	24 (~ 12)	15 (~ 7,5)	19 (~ 2,7)	<b>58</b> <b>(~ 8,3)</b>
<b>KF:</b> mittelgradig geschädigt	<b>29</b> <b>(~ 3,6)</b>	1 (~0,5)	13 (~ 3,3)	8 (~ 2,7)	<b>22</b> <b>(~ 2,4)</b>	0	0	2 (~ 0,7)	<b>2</b> <b>(~ 0,3)</b>
<b>KF:</b> keine Schädigung	<b>16</b> <b>(~ 2)</b>	0	0	0	<b>0</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Gesamt</b>	<b>58 (~ 7,3)</b>	11 (~ 5,5)	28 (~ 7)	11 (~ 3,7)	<b>50 (5,6)</b>	24 (~ 12)	15 (~ 7,5)	21 (~ 7)	<b>60 (~ 8,6)</b>
<b>A&amp;T:</b> stark beeinträchtigt	<b>7</b> <b>(~ 0,9)</b>	21 (~ 10,5)	42 (~ 10,5)	22 (~ 7,3)	<b>85</b> <b>(~ 9,4)</b>	16 (~ 8)	10 (~ 5)	13 (~ 4,3)	<b>39</b> <b>(~ 5,6)</b>
<b>A&amp;T:</b> mittelgradig beeinträchtigt	<b>21</b> <b>(~ 2,6)</b>	1 (~ 0,5)	1 (~ 0,3)	4 (~ 1,3)	<b>6</b> <b>(~ 0,7)</b>	2 (~ 1)	2 (~ 1)	4 (~ 1,3)	<b>8</b> <b>(~ 1,4)</b>
<b>A&amp;T:</b> keine Beeinträchtigung	<b>22</b> <b>(~ 2,8)</b>	2 (~ 1)	0	0	<b>2 (~ 0,2)</b>	0	2 (~ 1)	0	<b>2</b> <b>(~ 0,3)</b>
<b>Gesamt</b>	<b>50 (~6,3)</b>	24 (~ 12)	43 (~ 10,8)	26 (~ 8,7)	<b>93 (~ 10,3)</b>	18 (~ 9)	14 (~ 7)	17 (~ 5,7)	<b>49 (~ 7)</b>
<b>UF:</b> starke Barriere	<b>6</b> <b>(~ 0,8)</b>	3 (~ 1,5)	17 (~ 4,3)	6 (~ 2)	<b>26</b> <b>(~ 2,9)</b>	7 (~ 3,5)	5 (~ 2,5)	9 (~ 3)	<b>21</b> <b>(~ 3)</b>
<b>UF:</b> mittlere Barriere	<b>6</b> <b>(~ 0,8)</b>	1 (~ 0,5)	1 (~ 0,3)	2 (~ 0,7)	<b>4</b> <b>(~ 0,4)</b>	1 (~ 0,5)	0	1 (~ 0,3)	<b>2</b> <b>(~ 0,3)</b>
<b>UF:</b> Ressource	<b>27</b> <b>(~ 3,4)</b>	8 (~ 4)	3 (~ 0,8)	3 (~ 1)	<b>14</b> <b>(~ 1,6)</b>	3 (~ 1,5)	5 (~ 2,5)	5 (~ 1,7)	<b>13</b> <b>(~ 1,9)</b>
<b>Gesamt</b>	<b>39 (~ 4,9)</b>	12 (~ 6)	21 (~ 5,3)	11 (~ 3,7)	<b>44 (~ 4,9)</b>	11 (~ 5,5)	10 (~ 5)	15 (~ 5)	<b>36 (~ 5,1)</b>

KS = Körperstrukturen, KF = Körperfunktionen, A&T = Aktivitäten und Teilhabe, UF = Umweltfaktoren, in Klammern = durchschnittliche Codes pro Person

Im Folgenden werden nun die für die einzelnen Problemlagen vergebenen Codes mit den Core Sets ‚Chronischer Rückenschmerz‘, ‚Vocational Rehabilitation‘, ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ abgeglichen, um so die Möglichkeit der Entwicklung OR-, MBOR- und VMO-spezifischer Core Sets (als Kombination relevanter, bestehender Core Sets) zu überprüfen. Hierfür werden bei den Modelldimensionen Körperstrukturen, Körperfunktionen sowie Aktivitäten und Teilhabe entsprechend des Charakters von Core Sets nur die Codes berücksichtigt, die eine Schädigung bzw. Beeinträchtigung anzeigen (bei Umweltfaktoren werden hingegen Barrieren und Ressourcen berücksichtigt). Zu erwarten wäre, dass alle Problemlagen eine hohe Übereinstimmung mit dem Core Set für Chronischen Rückenschmerz aufweisen und sich Unterschiede in den Übereinstimmungen mit den anderen Core Sets derart zeigen, dass:

- die OR-Problemlage die geringste Übereinstimmung mit den Core Sets ‚Vocational Rehabilitation‘, ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ aufweist,
- die MBOR-Problemlagen die höchsten Übereinstimmungen mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘ und eine mittlere Übereinstimmung mit den Core Sets ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ aufweisen,
- die VMO-Problemlagen die höchsten Übereinstimmungen mit den Core Sets ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ und eine mittlere Übereinstimmung mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘ aufweisen.

#### *OR-Problemlage*

Körperstrukturen, 26 vergebene Codes:

Struktur des Rumpfes (9x), Struktur des Rückenmarks (8x), Struktur der oberen Extremitäten, Struktur der unteren Extremitäten und Weitere mit Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen (je 2x), Struktur des Ohrs, Strukturen des Atmungssystems und Strukturen der Geschlechtsorgane (je 1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

21 der 26 vergebenen Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 19 dieser 21 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Struktur des Rumpfes (9x)*, *Struktur des Rückenmarks (8x)*, *Weitere mit Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen (2x)*, *Struktur der unteren Extremitäten (2x)*. Nur eine Kategorie des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurde nicht vergeben: Struktur der Beckenregion. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Struktur der oberen Extremitäten (2x), Struktur des Ohrs (1x), Strukturen des Atmungssystems (1x), Strukturen der Geschlechtsorgane (1x). Diese vier Kategorien spiegeln v. a. Schädigungen von Körperstrukturen wider, die im Zusammenhang mit zusätzlich zum Rückenschmerz bestehenden Gesundheitsstörungen bei einzelnen RehabilitandInnen stehen. Eine

Ausnahme könnte die Struktur der oberen Extremitäten darstellen, die auch bei den RehabilitandInnen der anderen Problemlagen häufiger als geschädigt vercodet wurde.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

Das umfassende Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthält für die Modelldimension Körperstrukturen nur eine Kategorie: ‚Weitere mit Bewegung zusammenhängende Strukturen‘. Diese wurde bei den OR-RehabilitandInnen 2-mal vergeben.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

Körperfunktionen, 42 Codes:

Schmerz (14x), Druck- und Berührungsempfindungen und mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen (je 5x), Funktionen des Schlafes (4x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/der Beweglichkeit der Knochen (3x), Emotionale Funktionen (2x), Menstruationsfunktionen (2x), Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (1x), 6 weitere (je 1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

29 der 42 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 24 dieser 29 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (1x), Funktionen des Schlafes (4x), Emotionale Funktionen (2x), Schmerz (14x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/der Beweglichkeit der Knochen (3x)*, Mit Funktionen der Muskeln und Bewegung verbundene Empfindungen (5x). Folgende 13 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Miktionsfunktionen, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/der Beweglichkeit der Knochen, Funktionen der Gelenkstabilität, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer, Funktionen der motorischen Reflexe, Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Menstruationsfunktionen (2x), Funktionen des Hörens (1x), Übelkeit in Verbindung mit Schwindel/Brechreiz und Übelkeit (1x), Funktionen des Tastens (1x), Kardiovaskuläre Funktionen (1x), Atmungsfunktionen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x). Diese acht Kategorien spiegeln v. a. Schädigungen von Körperfunktionen wider, die im Zusammenhang mit zusätzlich zum Rückenschmerz bestehenden Gesundheitsstörungen bei einzelnen RehabilitandInnen stehen. Ausgenommen



scheint hiervon jedoch die Kategorie ‚Druck- und Berührungs-empfindungen‘ zu sein, die für die von mehreren RehabilitandInnen beschriebenen Taubheits-/Kribbelgefühle vergeben wurde.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

36 der 42 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 22 dieser 36 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Schmerz (14x)*, *Funktionen des Schlafes (4x)*, *Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (1x)*, *Emotionale Funktionen (2x)*, *Kontrolle von Willkürbewegungen (1x)*, Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Mit Funktionen der Muskeln und Bewegung verbundene Empfindungen (5x), *Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/(der Beweglichkeit der Knochen) (3x)*, Funktionen des Tastens (1x). Folgende 14 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Globale psychosoziale Funktionen, Funktionen des Denkens, Funktionen der Aufmerksamkeit, Psychomotorische Funktionen, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen des hämatologischen Systems, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: (Funktionen der Beweglichkeit der Knochen (3x)), Menstruationsfunktionen (2x), Funktionen des Hörens (1x), Übelkeit in Verbindung mit Schwindel/Brechreiz und Übelkeit (1x), Kardiovaskuläre Funktionen (1x), Atmungsfunktionen (1x). Diese fünf Kategorien spiegeln v. a. Schädigungen von Körperfunktionen wider, die im Zusammenhang mit zusätzlich zum Rückenschmerz bestehenden Gesundheitsstörungen bei einzelnen RehabilitandInnen stehen.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

22 der 42 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; nur eine dieser Kategorien ist jedoch Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv): *Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (1x)*, Schmerz (14x), Funktionen des Schlafes (4x), Emotionale Funktionen (2x), Funktionen des Hörens (1x). Folgende zwölf Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Funktionen des Sehens, Vestibuläre Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen der Muskelausdauer, Schutzfunktionen der Haut. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Mit den Funktionen

der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen (5x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/der Beweglichkeit der Knochen (3x), Menstruationsfunktionen (2x), Übelkeit in Verbindung mit Schwindel/Brechreiz und Übelkeit (1x), Funktionen des Tastens (1x), Kardiovaskuläre Funktionen (1x), Atmungsfunktionen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x). Einige dieser neun Kategorien spiegeln auch hier wieder Schädigungen von Körperfunktionen wider, die im Zusammenhang mit zusätzlich zum Rückenschmerz bestehenden Gesundheitsstörungen bei einzelnen RehabilitandInnen stehen. Ausgenommen hiervon scheinen aufgrund ihrer Auftretenshäufigkeit jedoch die Kategorien ‚Druck- und Berührungsempfindungen‘, ‚Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen‘ und ‚Funktionen der Gelenke und Knochen‘ zu sein.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

26 der 42 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; keine dieser Kategorien ist Bestandteil des kurzen Core Sets: Schmerz (14x), Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen (5x), Funktionen des Schlafes (4x), Emotionale Funktionen (2x), Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (1x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Psychomotorische Funktionen, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen, Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts, Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen, Sexuelle Funktionen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, neun Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/der Beweglichkeit der Knochen (3x), Menstruationsfunktionen (2x), Kardiovaskuläre Funktionen (1x), Atmungsfunktionen (1x), Funktionen des Tastens (1x), Übelkeit in Verbindung mit Schwindel/Brechreiz und Übelkeit (1x), Funktionen des Hörens (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x).

Aktivitäten und Teilhabe, 28 Codes:

Arbeit erhalten, behalten, beenden (6x), Hausarbeiten erledigen (5x), Gegenstände anheben und tragen (4x), Haushaltsgegenstände pflegen (4x), Erholung und Freizeit (3x), Bezahlte Tätigkeit (1x), Körperposition wechseln (1x), In einer Körperposition verbleiben (1x), Feinmotorischer Handgebrauch (1x), Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (1x), Klettern/Steigen (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

26 der 28 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 18 dieser 26 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden (6x)*, *Hausarbeiten erledigen (5x)*, *Gegenstände anheben und tragen (4x)*, *Körperposition wechseln (1x)*, *In einer Körperposition verbleiben (1x)*, *Bezahlte Tätigkeit (1x)*, Haushaltsgegenstände pflegen (4x), Erholung und Freizeit (3x), Klettern/Steigen (1x). Folgende 20 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Mit Stress umgehen, Sich verlagern, Hand- und Armgebrauch, Lange Entfernungen gehen, Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Den ganzen Körper waschen, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Anderen helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung (anders oder nicht näher bezeichnet), Gemeinschaftsleben. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Feinmotorischer Handgebrauch (1x) und Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (1x). Diese beiden Kategorien sind jedoch den im Core Set enthaltenen Kategorien ‚Hand- und Armgebrauch‘ und ‚Gegenstände anheben und tragen‘ sehr ähnlich.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

26 der 28 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 13 dieser 26 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Hausarbeiten erledigen (5x)*, *Gegenstände anheben und tragen (4x)*, *Erholung und Freizeit (3x)*, *Bezahlte Tätigkeit (1x)*, *Arbeit erhalten, behalten, beenden (6x)*, Haushaltsgegenstände pflegen (4x), Körperposition wechseln (1x), In einer Körperposition verbleiben (1x), Klettern/Steigen (1x). Folgende 18 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Mit Stress umgehen, Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Gehen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Sich waschen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Anderen helfen, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Unbezahlte Tätigkeit, Gemeinsschaftsleben. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Feinmotorischer Handgebrauch (1x) und Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (1x). Letzteres ist der im Core Set enthaltenen Kategorie ‚Gegenstände anheben und tragen‘ jedoch sehr ähnlich.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

15 der 28 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 7 dieser 15 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden* (6x), *Bezahlte Tätigkeit* (1x), Gegenstände anheben und tragen (4x), Körperposition wechseln (1x), In einer Körperposition verbleiben (1x), Feinmotorischer Handgebrauch (1x), Klettern/Steigen (1x). Folgende 33 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Mit Stress umgehen, Sich Fertigkeiten aneignen, Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen, Konversation, Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Formelle Beziehungen, Schulbildung, Theoretische Berufsausbildung, Höhere Bildung und Ausbildung, Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit, Unbezahlte Tätigkeit, Wirtschaftliche Eigenständigkeit. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, vier Kategorien sind: Hausarbeiten erledigen (5x), Haushaltsgegenstände pflegen (4x), Erholung und Freizeit (3x), Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (1x). Vor allem die ersten drei genannten Kategorien beziehen sich auf Aktivitäten im Privatleben, was ihr Fehlen im Core Set für Vocational Rehabilitation erklären dürfte.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

19 der 28 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 6 dieser 19 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden* (6x), Hausarbeiten erledigen (5x), Haushaltsgegenstände pflegen (4x), Erholung und Freizeit (3x), *Bezahlte Tätigkeit* (1x). Folgende 43 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Mit Stress umgehen, Zuschauen, Zuhören, Denken, Lesen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Die tägliche Routine planen, Die tägliche Routine abschließen, Die tägliche Routine handhaben, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen, Sprechen, Non-verbale Mitteilungen produzieren, Konversation, Diskussion, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Sich waschen, Seine Körperteile pflegen, Sich kleiden, Essen, Trinken, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen,

Mahlzeiten vorbereiten, Anderen Helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Mit Fremden umgehen, Informelle soziale Beziehungen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Höhere Bildung und Ausbildung, Elementare wirtschaftliche Transaktionen, Komplexe wirtschaftliche Transaktionen, Wirtschaftliche Eigenständigkeit, Gemeinschaftsleben, Religion und Spiritualität, Politisches Leben und Staatsbürgerschaft. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Gegenstände anheben und tragen (4x), Körperposition wechseln (1x), In einer Körperposition verbleiben (1x), Feinmotorischer Handgebrauch (1x), Gegenstände tragen, bewegen, handhaben (1x), Klettern/Steigen (1x). Diese Kategorien beziehen sich auf körperliche Aktivitäten, was ihr Fehlen im Core Set für Depression erklären dürfte.

#### Umweltfaktoren, 39 Codes:

Engster Familienkreis (12x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (8x), Freunde (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (4x), Autoritätspersonen (2x), Erweiterter Familienkreis (2x), Vermögenswerte (2x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen (1x), Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit (1x), Domestizierte Tiere (1x)

#### → Abgleich Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

28 der 39 Kategorien sind im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten; 14 dieser 28 Kategorien sind Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv): *Engster Familienkreis (12x), Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit (1x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (8x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (4x), Autoritätspersonen (2x)*. Folgende 20 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Schwingung, Andere Fachleute, Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet), Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung,

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, fünf Kategorien sind: Freunde (5x), Erweiterter Familienkreis (2x), Vermögenswerte (2x), Domestizierte Tiere (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen (1x). Während die letzten beiden Kategorien vernachlässigbar sind, scheinen die ersten drei Kategorien jedoch wichtige Umweltfaktoren (hier v. a. als Ressourcen) für die interviewten RehabilitandInnen zu sein. Hier greift das Core Set eventuell zu kurz.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

25 der 39 Kategorien sind im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten; 13 dieser 25 Kategorien sind Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv): *Engster Familienkreis (12x)*, *Fachleute der Gesundheitsberufe (1x)*, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (8x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (4x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Medikamente, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Freunden, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Freunde (5x), Erweiterter Familienkreis (2x), Vermögenswerte (2x), Autoritätspersonen (2x), Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit (1x), Domestizierte Tiere (1x), Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen (1x). Während die letzten drei Kategorien vernachlässigbar sind, scheinen die ersten vier Kategorien jedoch wichtige Umweltfaktoren (hier v. a. als Ressourcen) für die interviewten RehabilitandInnen zu sein. Hier greift das Core Set eventuell zu kurz.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

34 der 39 Kategorien sind im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten; 22 dieser 34 Kategorien sind Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv): *Engster Familienkreis (12x)*, *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (8x)*, *Autoritätspersonen (2x)*, Freunde (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (4x), Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von

Vereinigungen und Organisationen (1x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x). Folgende 25 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Medikamente, Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Produkte und Technologien zur Kommunikation, Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Licht, Laute und Geräusche, Luftqualität, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Andere Fachleute, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, drei Kategorien sind: Vermögenswerte (2x), Erweiterter Familienkreis (2x), Domestizierte Tiere (1x). Auch das Core Set für Vocational Rehabilitation berücksichtigt Vermögenswerte und den erweiterten Familienkreis als für die befragten RehabilitandInnen wichtige Umweltfaktoren (hier Ressourcen) nicht.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

34 der 39 Kategorien sind im umfassenden Core Set für Depression enthalten; 21 dieser 34 Kategorien sind Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv): *Engster Familienkreis (12x), Freunde (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (4x)*, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (8x), Vermögenswerte (2x), Autoritätspersonen (2x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x). Folgende 21 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Medikamente, Klima, Licht, Zeitbezogene Veränderungen, Laute und Geräusche, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Andere Fachleute, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Freunden, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von

anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Erweiterter Familienkreis (2x), Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen (1x), Domestizierte Tiere (1x).

#### *MBOR-Problemlagen*

##### Körperstrukturen, 28 Codes:

Rumpf (13x), Rückenmark (9x), obere Extremitäten (3x), Magen (2x), untere Extremitäten (1x)

##### → Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

23 der 28 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 21 dieser 28 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Rumpf (13x), Rückenmark (9x), untere Extremitäten (1x)*. Zwei Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Beckenregion und Weitere mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Obere Extremitäten (3x) und Magen (2x).

##### → Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

Die einzige im Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthaltene Kategorie (Weitere mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen) wurde nicht vergeben.

##### → Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

##### → Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

##### Körperfunktionen, 50 Codes:

Schmerz (16x), Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (7x), Funktionen des Schlafes (5x), Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (4x), Emotionale Funktionen (4x), Druck- und Berührungsempfindungen (3x), Kardiovaskuläre Funktionen (3x), Funktionen des Tastens (1x), Funktionen des hämatologischen Systems (1x), Mit dem kardiovaskulären und dem Atmungssystem verbundene Empfindungen (1x), Stoffwechselfunktionen (1x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/Beweglichkeit der Knochen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x), Auf die Haut bezogene Empfindungen (1x)



→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

38 der 50 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 33 dieser 38 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Schmerz (16)*, *Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (7x)*, *Funktionen des Schlafes (5x)*, *Emotionale Funktionen (4x)*, *Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/Beweglichkeit der Knochen (1x)*, Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (4x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Miktionsfunktionen, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/Beweglichkeit der Knochen, Funktionen der Gelenkstabilität, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer, Funktionen der motorischen Reflexe, Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (3x), Kardiovaskuläre Funktionen (3x), Funktionen des Tastens (1x), Funktionen des hämatologischen Systems (1x), Mit kardiovaskulären und dem Atmungssystem verbundene Empfindungen (1x), Stoffwechselfunktionen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), auf die Haut bezogene Empfindungen (1x). Diese acht Kategorien spiegeln v. a. Schädigungen von Körperfunktionen wider, die im Zusammenhang mit zusätzlich zum Rückenschmerz bestehenden Gesundheitsstörungen bei einzelnen RehabilitandInnen stehen. Ausgenommen scheint hiervon jedoch (wie bereits bei der OR-Problemlage) die Kategorie Druck- und Berührungsempfindungen zu sein, die für die von mehreren RehabilitandInnen beschriebenen Taubheits-/Kribbelgefühle vergeben wurde. Relativ häufig wurde zudem (wie auch bei der VMO-Problemlage) die Kategorie ‚Kardiovaskuläre Funktionen‘ vergeben.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

44 der 50 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 33 dieser 44 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Schmerz (16x)*, *Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (7x)*, *Funktionen des Schlafes (5x)*, *Emotionale Funktionen (4x)*, *Kontrolle von Willkürbewegungen (1x)*, Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (4x), Druck- und Berührungsempfindungen (3x), Funktionen des Tastens (1x), Funktionen des hämatologischen Systems (1x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit (/Beweglichkeit der Knochen) (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Funktionen des Denkens,

Globale psychosoziale Funktionen, Funktionen der Aufmerksamkeit, Psychomotorische Funktionen, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Kardiovaskuläre Funktionen (3x), Mit kardiovaskulären und dem Atmungssystem verbundene Empfindungen (1x), Stoffwechselfunktionen (1x), Auf die Haut bezogene Empfindungen (1x), (Funktionen der Beweglichkeit der Knochen (1x)).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

36 der 50 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 7 dieser 36 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs* (7x), Schmerz (16x), Funktionen des Schlafes (5x), Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (4x), Emotionale Funktionen (4x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Funktionen des Sehens (Sehsinn), Funktionen des Hörens (Hörsinn), Vestibuläre Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen der Muskelausdauer, Schutzfunktionen der Haut. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (3x), Kardiovaskuläre Funktionen (3x), Funktionen des Tastens (1x), Funktionen des hämatologischen Systems (1x), Mit kardiovaskulären und dem Atmungssystem verbundene Empfindungen (1x), Stoffwechselfunktionen (1x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit/Beweglichkeit der Knochen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x), Auf die Haut bezogene Empfindungen (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

37 der 50 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 4 dieser 37 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Funktionen von Temperament und Persönlichkeit* (4x), Schmerz (16x), Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (7x), Funktionen des Schlafes (5x), Emotionale Funktionen (4x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x). Folgende zehn Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Psychomotorische Funktionen, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung

betreffende Funktionen, Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts, Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen, Sexuelle Funktionen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, neun Kategorien sind: Funktionen des Tastens (1x), Druck- und Berührungsempfindungen (3x), Kardiovaskuläre Funktionen (3x), Funktionen des hämatologischen Systems (1x), Mit kardiovaskulären und dem Atmungssystem verbundene Empfindungen (1x), Stoffwechselfunktionen (1x), Funktionen der Gelenkbeweglichkeit /Beweglichkeit der Knochen (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), Auf die Haut bezogene Empfindungen (1x).

#### Aktivitäten und Teilhabe, 91 Codes:

Erholung und Freizeit (15x), In einer Körperposition verbleiben (13x), Arbeit erhalten, behalten, beenden (10x), Bezahlte Tätigkeit (9x), Mit Stress umgehen (8x), Eine Körperposition wechseln (8x), Gegenstände anheben und tragen (6x), Informelle soziale Beziehungen (6x), Lange Entfernungen gehen (4x), Klettern/Steigen (3x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Haushaltsgegenstände pflegen (2x), Transportmittel benutzen (2x), Hand- und Armgebrauch (1x), Körper waschen (1x), Hausarbeiten erledigen (1x)

#### → Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

83 der 91 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 59 dieser 83 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *In einer Körperposition verbleiben (13x), Arbeit erhalten, behalten, beenden (10x), Bezahlte Tätigkeit (9x), Mit Stress umgehen (8x), Eine Körperposition wechseln (8x), Gegenstände anheben und tragen (6x), Lange Entfernungen gehen (4x), Hausarbeiten erledigen (1x)*, Erholung und Freizeit (15x), Klettern/Steigen (3x), Transportmittel benutzen (2x), Haushaltsgegenstände pflegen (2x), Hand- und Armgebrauch (1x), Den ganzen Körper waschen (1x). Folgende 15 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Sich verlagern, Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Ein Fahrzeug fahren, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Anderen helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung (anders oder nicht näher bezeichnet), Gemeinschaftsleben. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Informelle soziale Beziehungen (6x) und Feinmotorischer Handgebrauch (2x). Bezüglich Ersterer ist zu erwähnen, dass im Core Set zwar nicht die Kategorie ‚Informelle soziale Beziehungen‘ enthalten ist, dafür jedoch die (ähnliche Aktivitäten und Teilhabe umschreibenden) Kategorien: Elementare interpersonelle Aktivitäten, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen und Gemeinschaftsleben. Hier können die Abweichungen zwischen Core Set und vergebenen Codes ggf. auf die Codierungsweise zurückgeführt werden.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

82 der 91 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 47 dieser 82 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Erholung und Freizeit (15x)*, *Mit Stress umgehen (8x)*, *Bezahlte Tätigkeit (9x)*, *Gegenstände anheben und tragen (6x)*, *Lange Entfernungen gehen (4x)*, *Klettern/Steigen (3x)*, *Den ganzen Körper waschen (1x)*, *Hausarbeiten erledigen (1x)*, In einer Körperposition verbleiben (13x), Arbeit erhalten, behalten, beenden (10x), Eine Körperposition wechseln (8x), Transportmittel benutzen (2x), Haushaltsgegenstände pflegen (2x). Folgende 14 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Ein Fahrzeug fahren, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Anderen helfen, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Unbezahlte Tätigkeit, Gemeinschaftsleben. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Informelle soziale Beziehungen (6x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Hand- und Armgebrauch (1x). Auch hier fällt auf, dass zwar die Kategorie ‚Informelle soziale Beziehungen‘ nicht im Core Set enthalten ist, dafür jedoch die Kategorien: Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen und Intime Beziehungen.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

66 der 91 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 27 dieser 66 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden (10x)*, *Bezahlte Tätigkeit (9x)*, *Mit Stress umgehen (8x)*, In einer Körperposition verbleiben (13x), Eine Körperposition wechseln (8x), Gegenstände anheben und tragen (6x), Lange Entfernungen gehen (4x), Klettern/Steigen (3x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Transportmittel benutzen (2x), Hand- und Armgebrauch (1x). Folgende 29 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Sich Fertigkeiten aneignen, Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen, Konversation, Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Ein Fahrzeug fahren, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Formelle Beziehungen, Schulbildung, Theoretische Berufsausbildung, Höhere Bildung und Ausbildung, Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit, Unbezahlte Tätigkeit, Wirtschaftliche

Eigenständigkeit. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Erholung und Freizeit (15x), Informelle soziale Beziehungen (6x), Haushaltsgegenstände pflegen (2x), Körper waschen (1x), Hausarbeiten erledigen (1x). Anstatt der Kategorie ‚Informelle soziale Beziehungen‘ finden sich im Core Set die stärker auf das Berufsleben ausgerichteten/für dieses relevanteren Kategorien: Komplexe interpersonelle Interaktionen und Formelle Beziehungen. Die Ausrichtung des Core Sets auf berufliche Problemlagen dürfte auch erklären, weshalb es die Kategorie ‚Erholung und Freizeit‘ nicht enthält.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

55 der 91 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 19 dieser 55 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden (10x), Mit Stress umgehen (8x), Körper waschen (1x)*, Erholung und Freizeit (15x), Bezahlte Tätigkeit (9x), Informelle soziale Beziehungen (6x), Transportmittel benutzen (2x), Haushaltsgegenstände pflegen (2x), Hausarbeiten erledigen (1x). Folgende 36 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Zuschauen, Zuhören, Denken, Lesen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbalen Mitteilungen, Sprechen, Non-verbale Mitteilungen produzieren, Konversation, Diskussion, Ein Fahrzeug fahren, Seine Körperteile pflegen, Sich kleiden, Essen, Trinken, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Mahlzeiten vorbereiten, Anderen Helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Mit Fremden umgehen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Höhere Bildung und Ausbildung, Elementare wirtschaftliche Transaktionen, Komplexe wirtschaftliche Transaktionen, Wirtschaftliche Eigenständigkeit, Gemeinschaftsleben, Religion und Spiritualität, Politisches Leben und Staatsbürgerschaft. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: In einer Körperposition verbleiben (13x), Eine Körperposition wechseln (8x), Gegenstände anheben und tragen (6x), Lange Entfernungen gehen (4x), Klettern/Steigen (3x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Hand- und Armgebrauch (1x). Diese Kategorien beziehen sich auf körperliche Aktivitäten, was ihr Fehlen im Core Set für Depression erklären dürfte.

Umweltfaktoren, 44 Codes:

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (10x), Engster Familienkreis (9x), Vermögenswerte (6x), Freunde (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (5x), Autoritätspersonen (4x), Erweiterter Familienkreis (3x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet) (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

29 der 44 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 10 dieser 29 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis* (9x), *Fachleute der Gesundheitsberufe* (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (10x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (5x), Autoritätspersonen (4x). Folgende 20 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Schwingung, Andere Fachleute, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x), Freunde (5x), Erweiterter Familienkreis (3x), Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet) (1x). Wie auch schon bei der OR-Problemlage greift das Core Set zu kurz und erfasst wichtige Umweltfaktoren (Ressourcen, hier v. a. aber auch Barrieren/Belastungen) nicht.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

25 der 44 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 10 dieser 25 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis* (9x), *Fachleute der Gesundheitsberufe* (1x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (5x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (10x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Medikamente, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Freunden, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen,

Nachbarn, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x), Freunde (5x), Autoritätspersonen (4x), Erweiterter Familienkreis (3x), Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet) (1x). Auch dieses Core Set greift wieder zu kurz und erfasst wichtige Umweltfaktoren (Ressourcen, hier v. a. aber auch Barrieren/Belastungen) nicht.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

34 der 44 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 23 dieser 34 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (10x), Engster Familienkreis (9x), Autoritätspersonen (4x), Freunde (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (5x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x)*. Folgende 27 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Medikamente, Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Produkte und Technologien zur Kommunikation, Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung, Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Licht, Laute und Geräusche, Luftqualität, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Andere Fachleute, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x)

und Erweiterter Familienkreis (3x) (wichtige Umweltfaktoren!) sowie Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet) (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

40 der 44 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 19 dieser 40 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis (9x)*, *Freunde (5x)*, *Bekannte, Seinesgleichen (Peers)*, *Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (5x)*, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (10x), Vermögenswerte (6x), Autoritätspersonen (4x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x). Folgende 21 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Medikamente, Klima, Licht, Zeitbezogene Veränderungen, Laute und Geräusche, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Andere Fachleute, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Hilfs- und Pflegepersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Erweiterter Familienkreis (3x) und Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet) (1x).

*VMO-Problemlagen*

Körperstrukturen, 34 Codes:

Struktur des Rumpfes (12x), Struktur des Rückenmarks (7x), Struktur der unteren Extremitäten (5x), Struktur der oberen Extremitäten (4x), Struktur der Schulterregion (4x), Struktur der ableitenden Harnwege (1x), Struktur der Beckenregion (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

25 der 34 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 19 dieser 25 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Struktur des Rumpfes (12x)*, *Struktur des Rückenmarks (7x)*, *Struktur der unteren Extremitäten (5x)*, *Struktur der Beckenregion (1x)*. Folgende Kategorie des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurde nicht vergeben: Weitere mit Bewegung zusammenhängende Strukturen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Struktur der oberen Extremitäten (4x) und Struktur der Schulterregion (4x) (durch keines der vier Cores Sets abgedeckt, in Interviews



über alle Problemlagen jedoch häufiger vergeben) sowie Struktur der ableitenden Harnwege (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

Die einzige im Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthaltene Kategorie (Weitere mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen) wurde nicht vergeben.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

Entfällt, da das Core Set keine Kategorien für die Modelldimension Körperstrukturen enthält.

Körperfunktionen, 60 Codes:

Schmerz (21x), Funktionen des Schlafes (7x), Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (6x), Emotionale Funktionen (6x), Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (5x), Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Kardiovaskuläre Funktionen (4x), Stoffwechselfunktionen (2x), Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen (1x), Funktionen des Tastens (1x), Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

46 der 60 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 39 dieser 46 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Schmerz (21x), Funktionen des Schlafes (7x), Emotionale Funktionen (6x), Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (5x), Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (6x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x)*. Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Miktionsfunktionen, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Gelenkbeweglichkeit, Funktionen der Gelenkstabilität, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer, Funktionen der motorischen Reflexe, Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Kardiovaskuläre Funktionen (4x), Stoffwechselfunktionen (2x), Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen (1x), Funktionen des Tastens (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x). Auffällig sind auch hier wieder die Kategorien ‚Druck- und Berührungsempfindungen‘ und ‚Kardiovaskuläre Funktionen‘.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

53 der 60 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 40 dieser 53 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Schmerz (21x)*, *Funktionen des Schlafes (7x)*, *Emotionale Funktionen (6x)*, *Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (5x)*, *Kontrolle von Willkürbewegungen (1x)*, Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (6x), Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Funktionen des Tastens (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x). Folgende 14 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Funktionen des Denkens, Globale psychosoziale Funktionen, Funktionen der Aufmerksamkeit, Psychomotorische Funktionen, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Die Propriozeption betreffende Funktionen, Funktionen des hämatologischen Systems, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Sexuelle Funktionen, Funktionen der Gelenkbeweglichkeit, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen des Muskeltonus, Funktionen der Muskelausdauer. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Kardiovaskuläre Funktionen (4x), Stoffwechselfunktionen (2x), Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen (1x). Das Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom erfasst zwar die Kategorie ‚Druck- und Berührungsempfindungen‘, jedoch bleiben auch hier die Kardiovaskulären Funktionen unberücksichtigt.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

45 der 60 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 5 dieser 46 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (5x)*, *Schmerz (21x)*, *Funktionen des Schlafes (7x)*, *Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (6x)*, *Emotionale Funktionen (6x)*. Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Funktionen des Sehens (Sehsinn), Funktionen des Hörens (Hörsinn), Vestibuläre Funktionen, Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit, Funktionen der Muskelkraft, Funktionen der Muskelausdauer, Schutzfunktionen der Haut. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Kardiovaskuläre Funktionen (4x), Stoffwechselfunktionen (2x), Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen (1x), Funktionen des Tastens (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set „Depression“:

46 der 60 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind (keine dieser 46 Kategorien ist Bestandteil des kurzen Core Sets): Schmerz (21x), Funktionen des Schlafens (7x), Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (6x), Emotionale Funktionen (6x), Funktionen der Psychischen Energie und des Antriebs (5x), Mit Funktionen der Muskeln und der Bewegung verbundene Empfindungen (1x). Folgende elf Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Funktionen der Intelligenz, Funktionen der Aufmerksamkeit, Funktionen des Gedächtnisses, Psychomotorische Funktionen, Funktionen des Denkens, Höhere kognitive Funktionen, Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen, Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen, Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts, Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen, Sexuelle Funktionen. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Druck- und Berührungsempfindungen (5x), Kardiovaskuläre Funktionen (4x), Stoffwechselfunktionen (2x), Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen (1x), Funktionen des Tastens (1x), Kontrolle von Willkürbewegungen (1x).

Aktivitäten und Teilhabe, 47 Codes:

Freizeit und Erholung (12x), Arbeit erhalten, behalten, beenden (7x), Bezahlte Tätigkeit (5x), Mit Stress umgehen (7x), In einer Körperposition verbleiben (6x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Informelle soziale Beziehungen (2x), Arm- und Handgebrauch (1x), Lange Entfernungen gehen (1x), Klettern/Steigen (1x), Mahlzeiten vorbereiten (1x), Hausarbeiten erledigen (1x), Haushaltsgegenstände pflegen (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set „Chronischer Rückenschmerz“:

43 der 47 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 27 dieser 43 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden (7x), Bezahlte Tätigkeit (5x), Mit Stress umgehen (7x), In einer Körperposition verbleiben (6x), Lange Entfernungen gehen (1x), Hausarbeiten erledigen (1x)*, Freizeit und Erholung (12x), Arm- und Handgebrauch (1x), Klettern/Steigen (1x), Mahlzeiten vorbereiten (1x), Haushaltsgegenstände pflegen (1x). Folgende 18 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Hocken, Sich verlagern, Gegenstände anheben und tragen, Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Den ganzen Körper waschen, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Anderen helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung (anders oder nicht näher bezeichnet), Gemeinschaftsleben. Zusätzlich

vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Feinmotorischer Handgebrauch (2x) und Informelle soziale Beziehungen (2x; auch hier sind jedoch im Core Set ähnliche Kategorien enthalten: Elementare interpersonelle Aktivitäten, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

41 der 47 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 26 dieser 41 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Freizeit und Erholung (12x)*, *Bezahlte Tätigkeit (5x)*, *Mit Stress umgehen (7x)*, *Hausarbeiten erledigen (1x)*, *Lange Entfernungen gehen (1x)*, Arbeit erhalten, behalten, beenden (7x), In einer Körperposition verbleiben (6x), Klettern/Steigen (1x), Haushaltsgegenstände pflegen (1x). Folgende 18 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Eine Körperposition wechseln, Gegenstände anheben und tragen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Sich waschen, Sich kleiden, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Anderen helfen, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Unbezahlte Tätigkeit, Gemeinschaftsleben. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Informelle soziale Beziehungen (2x; auch hier sind jedoch im Core Set ähnliche Kategorien enthalten: Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen), Arm- und Handgebrauch (1x), Mahlzeiten vorbereiten (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

30 der 47 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Vocational Rehabilitation enthalten sind; 19 dieser 30 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Arbeit erhalten, behalten, beenden (7x)*, *Bezahlte Tätigkeit (5x)*, *Mit Stress umgehen (7x)*, In einer Körperposition verbleiben (6x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Arm- und Handgebrauch (1x), Lange Entfernungen gehen (1x), Klettern/Steigen (1x). Folgende 32 Kategorien des umfassenden Core Sets für Vocational Rehabilitation wurden nicht vergeben: Sich Fertigkeiten aneignen, Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen, Konversation, Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen, Eine elementare Körperposition wechseln, Gegenstände anheben und tragen, Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Die Toilette benutzen, Sich kleiden, Auf

seine Gesundheit achten, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Formelle Beziehungen, Schulbildung, Theoretische Berufsausbildung, Höhere Bildung und Ausbildung, Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit, Unbezahlte Tätigkeit, Wirtschaftliche Eigenständigkeit. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Freizeit und Erholung (12x, erklärbar mit beruflicher Ausrichtung des Core Sets), Informelle soziale Beziehungen (2x, erklärbar mit beruflicher Ausrichtung des Core Sets), Mahlzeiten vorbereiten (1x), Hausarbeiten erledigen (1x), Haushaltsgegenstände pflegen (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

36 der 47 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 14 dieser 36 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Mit Stress umgehen (7x), Arbeit erhalten, behalten, beenden (7x)*, Freizeit und Erholung (12x), Bezahlte Tätigkeit (5x), Informelle soziale Beziehungen (2x), Mahlzeiten vorbereiten (1x), Hausarbeiten erledigen (1x), Haushaltsgegenstände pflegen (1x). Folgende 37 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Zuschauen, Zuhören, Denken, Lesen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, Eine Einzelaufgabe übernehmen, Mehrfachaufgaben übernehmen, Die tägliche Routine durchführen, Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen, Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen, Sprechen, Non-verbale Mitteilungen produzieren, Konversation, Diskussion, Transportmittel benutzen, Ein Fahrzeug fahren, Sich waschen, Seine Körperteile pflegen, Sich kleiden, Essen, Trinken, Auf seine Gesundheit achten, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Anderen helfen, Elementare interpersonelle Aktivitäten, Komplexe interpersonelle Interaktionen, Mit Fremden umgehen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen, Höhere Bildung und Ausbildung, Elementare wirtschaftliche Transaktionen, Komplexe wirtschaftliche Transaktionen, Wirtschaftliche Eigenständigkeit, Gemeinschaftsleben, Religion und Spiritualität, Politisches Leben und Staatsbürgerschaft. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: In einer Körperposition verbleiben (6x), Feinmotorischer Handgebrauch (2x), Arm- und Handgebrauch (1x), Lange Entfernungen gehen (1x), Klettern/Steigen (1x).

Umweltfaktoren, 36 Codes:

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (7x), Engster Familienkreis (6x), Vermögenswerte (6x), Autoritätspersonen (5x), Freunde (4x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (3x), Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (1x), Erweiterter Familienkreis (1x), Domestizierte Tiere (1x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Andere Fachleute (1x)

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Chronischer Rückenschmerz‘:

23 der 36 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 7 dieser 23 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis* (6x), *Fachleute der Gesundheitsberufe* (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (7x), Autoritätspersonen (5x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (3x), Andere Fachleute (1x). Folgende 20 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen Gebäuden, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Schwingung, Unterstützung und Beziehung (anders bezeichnet), Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x), Freunde (4x), Erweiterter Familienkreis (1x), Domestizierte Tiere (1x), Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (1x). Auch bei der VMO-Problemlage wird erneut deutlich, dass die Core Sets (bis auf das Core Set für Depression) in der Dimension der Umweltfaktoren zu kurz greifen.

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘:

17 der 36 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom enthalten sind; 7 dieser 17 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis* (6x), *Fachleute der Gesundheitsberufe* (1x), Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (7x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (3x). Folgende 12 Kategorien des umfassenden Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom wurden nicht vergeben: Medikamente, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von

Freunden, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x), Autoritätspersonen (5x), Freunde (4x), Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (1x), Erweiterter Familienkreis (1x), Andere Fachleute (1x), Domestizierte Tiere (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘:

28 der 36 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Chronischen Rückenschmerz enthalten sind; 18 dieser 28 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (7x), Engster Familienkreis (6x), Autoritätspersonen (5x), Freunde (4x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (3x), Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (1x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Andere Fachleute (1x).* Folgende 25 Kategorien des umfassenden Core Sets für Chronischen Rückenschmerz wurden nicht vergeben: Medikamente, Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen, Produkte und Technologien zur Kommunikation, Produkte und Technologien für Bildung/Ausbildung, Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von öffentlichen, Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien von privaten Gebäuden, Klima, Licht, Laute und Geräusche, Luftqualität, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Kommunikationswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Rechtspflege, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der Wirtschaft, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Bildungs- und Ausbildungswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im

Core Set enthaltene, Kategorien sind: Vermögenswerte (6x), Erweiterter Familienkreis (1x), Domestizierte Tiere (1x).

→ Abgleich mit dem Core Set ‚Depression‘:

33 der 36 Codes gehören Kategorien an, die im umfassenden Core Set für Depression enthalten sind; 13 dieser 33 Codes gehören Kategorien an, die Bestandteil des kurzen Core Sets (kursiv) sind: *Engster Familienkreis (6x), Freunde (4x), Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (3x)*, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (7x), Vermögenswerte (6x), Autoritätspersonen (5x), Fachleute der Gesundheitsberufe (1x), Andere Fachleute (1x). Folgende 20 Kategorien des umfassenden Core Sets für Depression wurden nicht vergeben: Medikamente, Klima, Licht, Zeitbezogene Veränderungen, Laute und Geräusche, Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises, Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises, Individuelle Einstellungen von Freunden, Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen Gemeindemitgliedern, Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen, Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen, Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe, Individuelle Einstellungen von anderen Fachleuten, Gesellschaftliche Einstellungen, Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Wohnungswesens, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der sozialen Sicherheit, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze der allgemeinen sozialen Unterstützung, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens. Zusätzlich vergebene, nicht im Core Set enthaltene, Kategorien sind: Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben (1x), Erweiterter Familienkreis (1x), Domestizierte Tiere (1x).

Tabelle 17 fasst den Abgleich der in den Problemlagen vergebenen Kategorien (Anzahlen) mit den Core Sets ‚Chronischer Rückenschmerz‘, ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘, ‚Vocational Rehabilitation‘ und ‚Depression‘ noch einmal überblicksartig zusammen.



Tab. 17: Abgleich der in den Problemlagen vergebenen Kategorien mit den Core Sets

	<b>Core Set Chron. Rückenschmerz</b> (78 Kategorien)			<b>Core Set General. Schmerzsyndrom</b> (67 Kategorien)			<b>Core Set Vocational Rehabilitation</b> (90 Kategorien)			<b>Core Set Depression</b> (90 Kategorien*)		
	Im CS enthaltene Kategorien	Zusätzlich vergebene Kategorien	Nicht vergebene Kategorien des CS	Im CS enthaltene Kategorien	Zusätzlich vergebene Kategorien	Nicht vergebene Kategorien des CS	Im CS enthaltene Kategorien	Zusätzlich vergebene Kategorien	Nicht vergebene Kategorien des CS	Im CS enthaltene Kategorien	Zusätzlich vergebene Kategorien	Nicht vergebene Kategorien des CS
<b>OR</b> (44 Kategorien)												
KS (8)	4	4	1	1	7	0	0	8	0	0	8	0
KF (14)	6	8	13	9	5	14	5	9	12	5	9	13
A&T (11)	9	2	20	9	2	18	7	4	33	5	6	39
UF (11)	6	5	19	4	7	12	8	3	25	7	4	21
<b>Gesamt</b>	<b>25 (32%)**</b>	<b>19</b>	<b>53</b>	<b>23 (34%)</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>20 (22%)</b>	<b>24</b>	<b>70</b>	<b>17 (19%)</b>	<b>27</b>	<b>73</b>
<b>MBOR</b> (45 Kategorien)												
KS (5)	3	2	2	0	5	1	0	5	0	0	5	0
KF (15)	7	8	12	11	4	12	5	10	12	6	9	11
A&T (16)	14	2	15	13	3	14	11	5	29	9	7	36
UF (9)	5	4	20	4	5	12	6	3	27	7	2	21
<b>Gesamt</b>	<b>29 (37%)</b>	<b>16</b>	<b>49</b>	<b>28 (42%)</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>22 (24%)</b>	<b>23</b>	<b>68</b>	<b>22 (24%)</b>	<b>23</b>	<b>68</b>
<b>VMO</b> (43 Kategorien)												
KS (7)	4	3	1	0	7	1	0	7	0	0	7	0
KF (12)	6	6	12	9	3	14	5	7	12	6	6	11
A&T (13)	11	2	18	9	4	18	8	5	32	8	5	37
UF (11)	6	5	20	4	7	12	8	3	25	8	3	20
<b>Gesamt</b>	<b>27 (35%)</b>	<b>16</b>	<b>51</b>	<b>22 (33%)</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>21 (23%)</b>	<b>22</b>	<b>69</b>	<b>22 (24%)</b>	<b>21</b>	<b>68</b>

KS = Körperstrukturen, KF = Körperfunktionen, A&T = Aktivitäten und Teilhabe, UF = Umweltfaktoren; \*Das Core Set Depression besteht eigentlich aus 121 Kategorien. Es ist das einzige der vier Core Sets, welches einige Kategorien enthält, für die sowohl die Überkategorie des 2. Levels, als auch Unterkategorien des 3. Levels aufgelistet werden. Um die Vergleichbarkeit der Core Sets in der Auszählung zu gewährleisten, wurden solche Kategorien des 3. Levels unter die Kategorien des 2. Levels subsummiert. Dadurch ergibt sich der hier angegebene Umfang von 90 Kategorien. \*\* Die Prozente geben die Übereinstimmung zwischen den Kategorien der Problemlagen und den Kategorien der Core Sets wieder.

Der Tabelle 17 kann die Übereinstimmung der Kategorien der Problemlagen mit den Kategorien der Core Sets (siehe Prozentangaben) entnommen werden.

Die für die OR-Problemlage vergebenen Kategorien stimmen zu 34% mit den Kategorien des Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom überein, zu 32% mit dem Core Set für chronischen Rückenschmerz, zu 22% mit den Core Set für Vocational Rehabilitation und zu 19% mit dem Core Set für Depression.

Die für die MBOR-Problemlagen vergebenen Kategorien stimmen zu 42% mit den Kategorien des Core Sets für das Generalisierte Schmerzsyndrom überein, zu 37% mit dem Core Set für chronischen Rückenschmerz und jeweils zu 24% mit den Core Sets für Vocational Rehabilitation und Depression.

Die für die VMO-Problemlage vergebenen Kategorien stimmen zu 35% mit den Kategorien des Core Sets für chronischen Rückenschmerz überein, zu 33% mit dem Core Set für das Generalisierte Schmerzsyndrom, zu 24% mit den Core Set für Depression und zu 23% mit dem Core Set für Vocational Rehabilitation.

Die Ergebnisse weichen damit von den erwarteten Ergebnissen (siehe auch S. 55) ab. Erwartet wurde eine über alle Problemlagen hinweg bestehende hohe Übereinstimmung der vergebenen Kategorien mit dem Core Set für Chronischen Rückenschmerz, eine zusätzlich hohe Übereinstimmung mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘ für die MBOR-, mit den Core Sets ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ für die VMO-Problemlagen sowie eine mittlere Übereinstimmung mit den Core Sets ‚Generalisiertes Schmerzsyndrom‘ und ‚Depression‘ für die MBOR-, mit dem Core Set ‚Vocational Rehabilitation‘ für die VMO-Problemlagen. Die hier gewonnenen Ergebnisse sprechen daher gegen die Bildung problemlagespezifischer Core Sets auf Basis der Kombination relevanter, bestehender Core Sets. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die vorliegenden Ergebnisse ausschließlich die RehabilitandInnenperspektive (mit  $n = 24!$ ) widerspiegeln und ein bei der Entwicklung von Core Sets übliches multiperspektivisches Vorgehen (v. a. aber der Einbezug von ExpertInnen) fehlt. Abweichungen zwischen den vergebenen Kategorien und den Core Sets könnten dadurch bedingt sein. Andererseits können die gewonnenen Ergebnisse und Abweichungen (nicht vergebene Kategorien der Core Sets, aber v. a. auch die zusätzlich vergebenen Kategorien) wertvolle Hinweise zur Wahrnehmung der Problemlagen seitens der Betroffenen liefern.

### **6.3 Fokusgruppen mit BehandlerInnen**

Die Analyse der BehandlerInnen-Fokusgruppen (Einzelfallanalysen und anschließender Fallvergleich) zeigte sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen in den Problemlagekonstruktionen der BehandlerInnen beider Kliniken (nachfolgend K1 und K2) untereinander.

#### **OR-Problemlagekonstruktionen**

Sowohl die BehandlerInnen aus K1 als auch die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten OR-PatientInnen durch gute (im Vergleich zu MBOR- und VMO-PatientInnen durch die besten) Ressourcen auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren. Sie verfügen laut der BehandlerInnen insbesondere über günstige Krankheits-, Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien, mit denen sie sowohl psychosoziale Belastungen aus der privaten und beruflichen Umwelt als auch erkrankungsbezogene Schädigungen und Beeinträchtigungen gut bewältigen können. Erkrankungsbedingte Aktivitätsbeeinträchtigungen betreffen bei OR-PatientInnen laut der BehandlerInnen vor allem den privaten Alltag, gefährden aber (zumindest akut) auch deren Erwerbsfähigkeit. OR-PatientInnen wurden von den BehandlerInnen ferner durch eine überwiegend realistische Einschätzung ihrer Funktions- und Leistungsfähigkeit in privatem Alltag wie im Beruf charakterisiert. Die Teilhabe an zentralen Lebensbereichen sei zwar prinzipiell noch gegeben, durch die beschriebenen Aktivitätsbeeinträchtigungen jedoch gering (bzw. akut auch stärker) beeinträchtigt. Der Leidensdruck wurde von den BehandlerInnen, verglichen mit MBOR- und VMO-PatientInnen, bei den OR-PatientInnen als deutlich geringer eingeschätzt. Durch die beschriebenen Kennzeichen fällt den BehandlerInnen die Arbeit mit den meist hoch motivierten OR-PatientInnen am leichtesten.

*„B1: [...] die sind kurzfristig stärker eingeschränkt, die haben aber ein hohes Interesse in das alte, normale Leben wieder zurückzukehren. B2: Genau. Und auch die Möglichkeiten meistens. Und die Ressourcen.“ [FG-K2]*

Abweichungen in den Problemlagekonstruktionen der BehandlerInnen aus K1 und K2 betrafen die Ebene der Körperstrukturen und -funktionen sowie die der umweltbezogenen Kontextfaktoren. OR-PatientInnen kennzeichnen sich laut der BehandlerInnen aus K2 im Vergleich zu MBOR- und VMO-PatientInnen durch akutere körperliche Schädigungen. Die BehandlerInnen aus K1 sahen bezüglich der Körperstrukturen und -funktionen hingegen keinerlei Unterschiede zwischen den drei PatientInnengruppen – in allen drei Gruppen seien jeweils PatientInnen mit unterschiedlich schweren körperlichen Schädigungen (von gering bis stark) zu finden. OR-PatientInnen kennzeichnen sich aber, so die BehandlerInnen aus K1, im Gegensatz zu MBOR- und VMO-PatientInnen dadurch, dass zwischen ihrer subjektiven Wahrnehmung/Bewertung der Schädigungen und dem objektivierten Befund keine bzw. kaum Diskrepanz besteht.

„B: [...] im Prinzip gibt es in allen drei Gruppen Patienten, die stärker körperlich eingeschränkt sind und welche die sehr wenig körperlich haben. [...] Der entscheidende Unterschied ist die Wahrnehmung und die Bewertung der körperlichen Situation.“ [FG-K1]

Während die BehandlerInnen aus K1 auch bezüglich der umweltbezogenen Kontextfaktoren keine/kaum Unterschiede zwischen OR-, MBOR- und VMO-PatientInnen wahrnahmen (Barrieren und Ressourcen würden sich gleichmäßig über die Problemlagen verteilen; Barrieren würden jedoch von OR-PatientInnen mit ihren guten personenbezogenen Ressourcen weniger stark/belastend wahrgenommen bzw. durch diese Ressourcen weniger wirksam), sahen die BehandlerInnen aus K2 durchaus Unterschiede in vorhandenen Ressourcen und Barrieren der drei Behandlungsgruppen. So weisen OR-PatientInnen laut der BehandlerInnen aus K2 die stärksten umweltbezogenen Ressourcen (wie z. B. soziale Unterstützung durch Familie, Freunde, KollegInnen und Vorgesetzte) und die geringsten Barrieren auf.

Die Abbildungen 9 und 10 fassen die OR-Problemlagenkonstruktionen der BehandlerInnen aus K1 und K2 noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

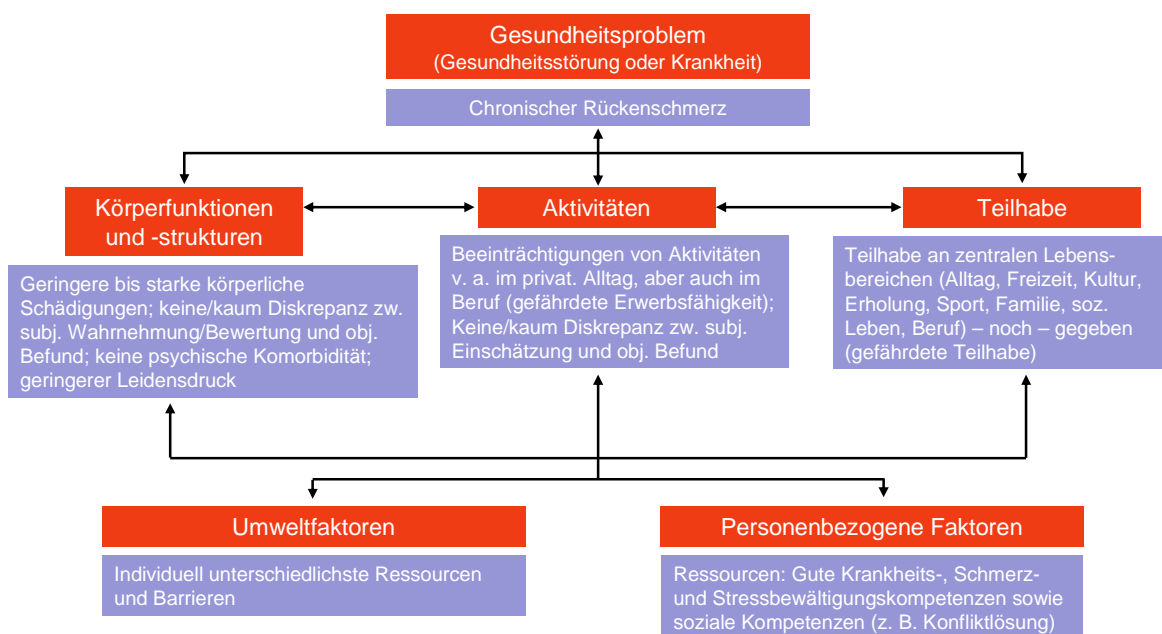


Abb. 9: OR-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K1

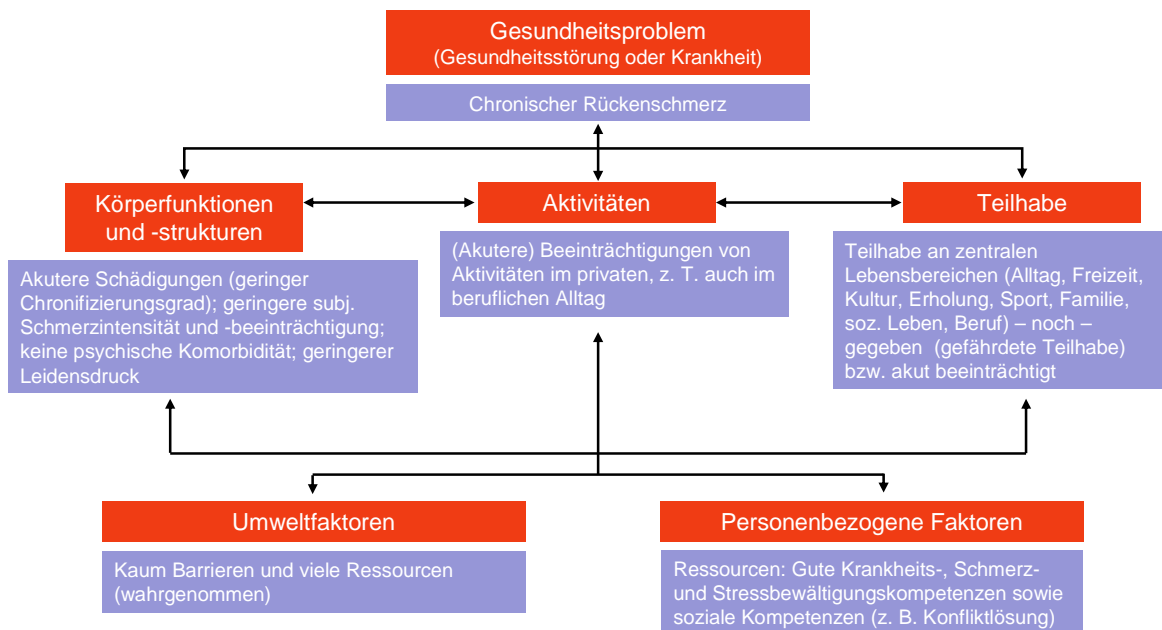


Abb. 10: OR-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K2

### MBOR-Problemlagekonstruktionen

Die BehandlerInnen beider Kliniken unterschieden innerhalb der MBOR die Subgruppe der eher körperlich und die der eher bzw. zusätzlich psychosozial belasteten PatientInnen (die BehandlerInnen aus K2 sprachen in diesem Zusammenhang auch von den eher schmerz- und den eher/zusätzlich stressbelasteten MBOR-PatientInnen).

*„B: Also der Patient, der eher körperlich unterwegs ist [...] und der Patient, der einen Mobbing-Konflikt hat.“ [FG-K2]*

Hinsichtlich der Körperstrukturen und -funktionen sahen die BehandlerInnen aus K1, wie in allen Behandlungszweigen, zwar auch in der MBOR alle Schweregrade von Schädigungen vertreten, überwiegend lagen aber geringere bis mittelgradige Schädigungen vor. Dies betreffe bei den Körperfunktionen sowohl die körperlichen als auch die psychologischen Funktionen (letztere insb. bei der Subgruppe der eher/zusätzlich psychosozial Belasteten).

*„B: Wenn wir denken, wir haben eine leichte bis mittelgradige Belastung, rein körperlich und eine leichte bis mittelgradige Belastung rein seelisch und der Patient präsentiert uns ein Arbeitsplatzproblem, idealerweise ein umschriebenes, dann denken wir, der braucht eine spezielle Förderung bezüglich seines Arbeitsplatzes. Das kann sein Beratung, Eröffnung spezieller Förderungen, Stichwort Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und so weiter, dann denken wir in Richtung MBOR.“ [FG-K1]*

Die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten MBOR-PatientInnen (insb. die Subgruppe der eher körperlich Belasteten) hingegen als Gruppe mit starken Schädigungen von Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen. Bei der Subgruppe der psychosozial Belasteten seien zudem geringere Schädigungen psychologischer

Körperfunktionen relevant. Die BehandlerInnen aus K1 hoben als weiteres Kennzeichen von MBOR-PatientInnen (gleichzeitig aber auch als Merkmal von VMO-PatientInnen) die Diskrepanz zw. subjektiver Wahrnehmung/Bewertung von Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen einerseits und objektivierten Befunden andererseits hervor. Häufig würden Schädigungen subjektiv stärker wahrgenommen als dies die objektivierten Befunde nahelegen (dahinter stünden Barrieren auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren wie z. B. die Angst vor Rückkehr an den Arbeitsplatz oder ein Rentenwunsch); in wenigen Fällen (z. B. bei DurchhalterInnen) verhielte es sich genau anders herum (objektivierte Schädigungen werden beispielsweise aufgrund von Existenzängsten oder einer hohen subjektiven Bedeutung von Erwerbsarbeit subjektiv verdrängt, bagatellisiert o. ä.). Die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten MBOR-PatientInnen durch das Merkmal einer subjektiv besonders stark erlebten bzw. artikulierten schmerzbedingten Beeinträchtigung, bei nicht zwangsläufig auch subjektiv hoher Schmerzwahrnehmung (Schmerzintensität), was ähnlich wie in K1 mit Ängsten vor der Rückkehr zum Arbeitsplatz, mit Rentenwünschen oder aber auch mit Fear Avoidance Beliefs in Zusammenhang gestellt wurde. Eine hohe Schmerzwahrnehmung finde sich wenn überhaupt, dann v. a. bei der körperlich/schmerzbelasteten MBOR-Subgruppe. Dies stelle ein Unterschied zu VMO-PatientInnen dar, die laut der BehandlerInnen aus K2 eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung aufweisen, aber häufig eine subjektiv geringer wahrgenommene schmerzbedingte Beeinträchtigung. Die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten MBOR-PatientInnen ferner als die PatientInnengruppe mit den geringsten personenbezogenen Ressourcen und größten Barrieren (Krankheits-, Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen), für die BehandlerInnen aus K1 sind dies die VMO-PatientInnen, wenngleich auch sie den MBOR-PatientInnen geringe personenbezogene Ressourcen und große Barrieren zuschreiben. Während die BehandlerInnen aus K1 bezüglich der umweltbezogenen Kontextbedingungen keine/kaum Unterschiede zwischen OR-, MBOR- und VMO-PatientInnen sahen (Barrieren und Ressourcen würden sich gleichmäßig über die Problemlagen verteilen; Barrieren würden jedoch von MBOR-PatientInnen mit ihren geringen personenbezogenen Ressourcen stärker wahrgenommen bzw. dadurch stärker wirksam), sahen die BehandlerInnen aus K2 durchaus Unterschiede in vorhandenen Ressourcen und Barrieren der drei Behandlungsgruppen.

*„B: Ich denke [...] bei einer Scheidungshäufigkeit von 30 Prozent haben andere auch Scheidungen. Das ist ja nicht so ein seltenes Ereignis. Und andere Dinge, pflegende Angehörige hat mehr oder weniger oder zumindest Probleme mit Angehörigen haben andere in bestimmten Lebensphasen auch. Berufliche Probleme gibt es auch nach dem fünfzigsten Lebensjahr bei vielen Menschen. Das heißt, ist immer die Frage wie ich das subjektiv auffasse.“ [FG-K1]*

*„B: Die haben einfach teilweise so richtig massiv was an der Backe. Da ist es schwer da einigermaßen gesund zu bleiben oder noch Selbstwirksamkeit zu erleben“ [FG-K2]*

MBOR-PatientInnen weisen laut der BehandlerInnen aus K2 v. a. im beruflichen Bereich wenig Ressourcen und verstärkt Barrieren auf (schwere körperliche Arbeit und/oder viele Zwangshaltungen, Zeitdruck, hohes Arbeitspensum, Arbeitsverdichtung, Konflikte, Mobbing). Die BehandlerInnen beider Kliniken kennzeichneten MBOR-PatientInnen über große Aktivitätsbeeinträchtigungen im beruflichen Bereich, wobei beide auch auf die häufig vorhandene Diskrepanz zwischen subjektiv eingeschätzter und objektiver beruflicher Funktions- und Leistungsfähigkeit verwiesen (subjektiv < objektiv – mögliche Gründe: Fear Avoidance Beliefs/Bewegungsangst/Schmerzvermeidungsverhalten, Stress oder Konflikte am Arbeitsplatz, Ängste bzgl. der Rückkehr an den Arbeitsplatz, Rentenwunsch; subjektiv > objektiv – möglicher Grund: Durchhalteverhalten aufgrund von Existenzängsten oder hoher subjektiver Bedeutung von Erwerbsarbeit). Dem nachgeordnet nahmen die BehandlerInnen beider Kliniken bei MBOR-PatientInnen auch Beeinträchtigungen von Aktivitäten im privaten Alltag wahr. MBOR-PatientInnen (mit Ausnahme von DurchhalterInnen) kennzeichnen sich, so die BehandlerInnen, insbesondere durch Beeinträchtigungen ihrer beruflichen Teilhabe (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Erwerbslosigkeit). Kann durch die medizinische Rehabilitation die berufliche Teilhabe nicht wiederhergestellt werden, sondern bedarf es hierfür Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, so handele es sich um eine, von beiden Kliniken beschriebene, Subgruppe innerhalb der MBOR: die Subgruppe der MBOR-Stufe C-PatientInnen (im Gegensatz zur Subgruppe der Stufe B-PatientInnen, bei denen die Teilhabe durch MBOR-Kernmaßnahmen erhalten bzw. wiederhergestellt werden könne). Die BehandlerInnen beider Kliniken beschrieben MBOR-PatientInnen als schwierige, nörgelige, wenig motivierte und daher aufwendige PatientInnen. Die BehandlerInnen aus K2 sahen in ihnen gar die schwierigste PatientInnengruppe, für die BehandlerInnen aus K1 sind dies die VMO-PatientInnen.

Die Abbildungen 11 und 12 fassen die MBOR-Problemlagenkonstruktionen der BehandlerInnen aus K1 und K2 noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

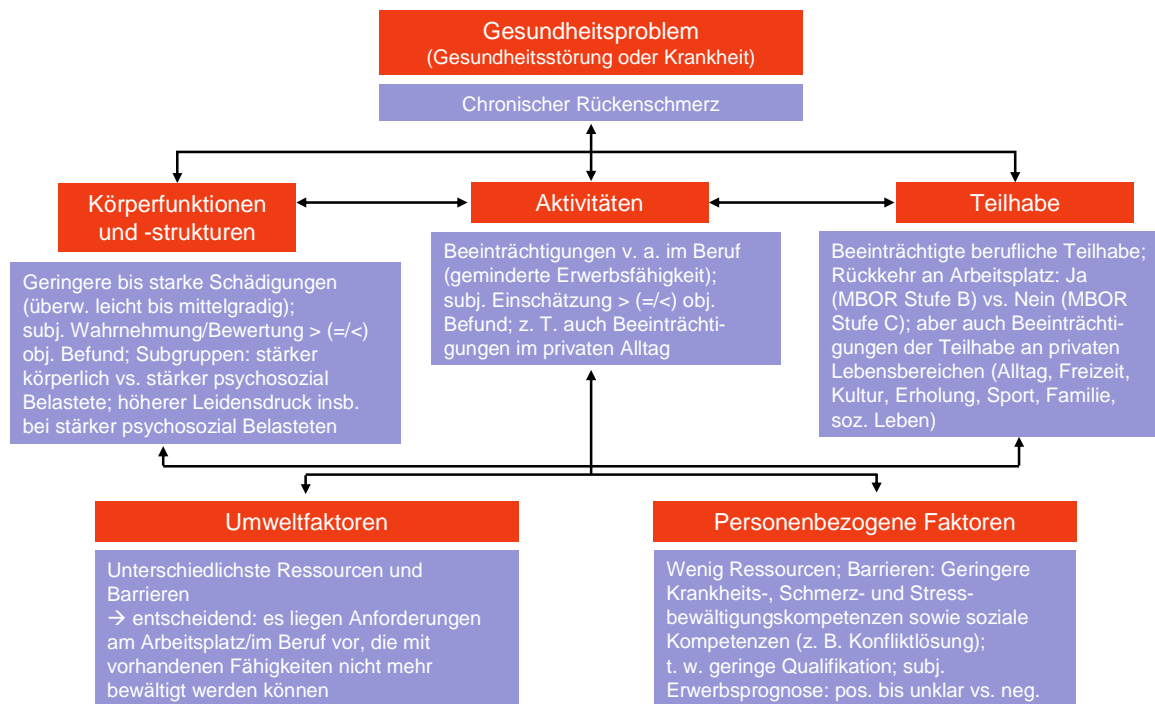


Abb. 11: MBOR-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K1

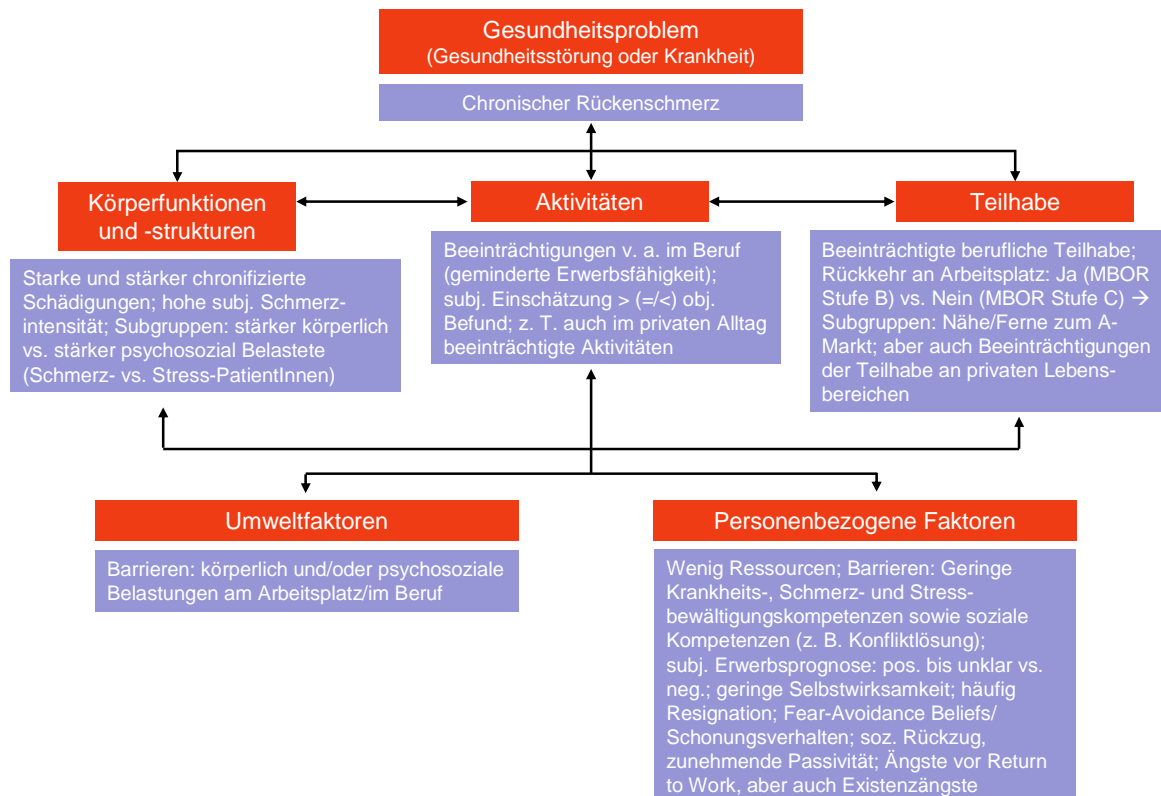


Abb. 12: MBOR-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K2



## VMO-Problemlagekonstruktionen

Während die BehandlerInnen aus K1 hinsichtlich der Schädigungen von Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen auch in der VMO wieder alle Schweregrade vertreten sahen, kennzeichneten die BehandlerInnen aus K2 VMO-PatientInnen durch starke, insbesondere vielfältigere, oft generalisierte Schädigungen.

*„B: Also die kommen und da ist es oft immer was anderes, mal Halswirbelsäule, Rücken, dann tut das noch weh und das noch weh. Und bei den MBOR-Patienten ist es schon nur der Rücken. Oder nur die Knie oder nur die Schulter und bei VMO ist das halt alles und immer was anderes.“; „Oder die bringen so eine Latte an lauter Diagnosen mit und alleine durch diese Diagnosen sind die schon krank geworden. Wenn ich das alles habe, wie schlecht muss es mir gehen?“ [FG-K2]*

Ein hoher Chronifizierungsgrad (Schmerzchronifizierungsstadium) und das Vorhandensein einer psychischen Komorbidität (die die Folge der körperlichen Probleme sein kann, von diesen unabhängig besteht oder die die körperlichen Probleme hervorruft, unterhält od. verstärkt – Stichwörter: Somatisierungstendenzen, Somatoforme Schmerzstörung) wurde von den BehandlerInnen beider Kliniken betont. Die BehandlerInnen aus K1 verwiesen hier auch wieder auf die Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung/ Bewertung von Schädigungen und objektivierbaren Befunden (subjektiv > objektiv).

*„B: Wenn wir merken, ein Patient leidet sehr stark und stellen bei der orthopädischen Untersuchung nach dem Studium der Anamnese und der Vorbefunde fest, dass sein starkes Leiden und seine starken Schmerzen nicht körperlich erklärbar sind, dann vermuten wir seelische Ursachen, psychische Erkrankungen, die das Ganze unterhalten. Und dann denken wir, dass ist ein VOR<sup>12</sup>-Patient.“ [FG-K1]*

Wie bereits oben beschrieben, kennzeichneten die BehandlerInnen aus K2 VMO-PatientInnen durch eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung bei gleichzeitig geringerer subjektiver Schmerzbeeinträchtigung. Die BehandlerInnen aus K1 kennzeichneten VMO-PatientInnen als die PatientInnengruppe mit den geringsten personenbezogenen Ressourcen und größten Barrieren (geringste Krankheits-, Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen).

*„B1: Könnten wir denn sagen, der typische VOR-Patient hat ein Ressourcenproblem? Also kann besonders schlecht kompensieren, Lebensschwierigkeiten kompensieren? Sei es interne und externe Lebensschwierigkeiten. B2: Ich denke schon. Im Prinzip kann man es darauf runter brechen. [...] B3: Aber auf der anderen Seite ist es manchmal auch so, er hat so viele Belastungen gehabt, dass die Ressourcen dann irgendwann aufgebraucht waren. Weil manche hatten am Anfang vielleicht auch gute Ressourcen, aber dann kam so viel, Scheidung und das und das, Pflege der und der und Arbeitsplatzkonflikt. Und irgendwann war es dann eben nicht mehr zu kompensieren. B4: Na ja, aber ich weiß nicht, ich denke wenn man auch so die anderen Gruppen anschaut, ich bin nicht davon überzeugt, dass der durchschnittliche VOR-Patient wirklich mehr belastende Lebensereignisse oder Belastungen im Leben hat als der durchschnittliche OR oder MBOR. Ich denke, da ist eher*

---

<sup>12</sup> VOR = VMO

*eben wirklich das Problem der Ressourcen und das Bewältigen, die Coping-Strategien, das Umgehen mit Belastungen.“ [FG-K1]*

Für die BehandlerInnen aus K2 sind dies wie bereits beschrieben die MBOR-PatientInnen, wenngleich auch sie den VMO-PatientInnen geringe personenbezogene Ressourcen und große Barrieren zuschreiben (geringe Selbstwirksamkeit, häufig Hilflosigkeit und Verantwortungsdelegation, Rückzug). Während die BehandlerInnen aus K1 bezüglich der umweltbezogenen Kontextfaktoren keine/kaum Unterschiede zwischen OR-, MBOR- und VMO-PatientInnen sahen (Barrieren und Ressourcen würden sich gleichmäßig über die Problemlagen verteilen; Barrieren würden jedoch von VMO-PatientInnen mit ihren geringen personenbezogenen Ressourcen stärker wahrgenommen bzw. dadurch stärker wirksam), nahmen die BehandlerInnen aus K2 durchaus Unterschiede in vorhandenen Ressourcen und Barrieren der drei Behandlungsgruppen wahr. VMO-PatientInnen weisen, so die BehandlerInnen aus K2, v. a. im privaten Bereich wenig Ressourcen und verstärkt Barrieren auf (chronifizierendes Umfeld, sekundärer Krankheitsgewinn, Konflikte mit PartnerInnen und Familie). Während die BehandlerInnen aus K1 ferner kontrovers über die Differenzierung der VMO-PatientInnen in eine stärker schmerz- und eine stärker stressbelastete Subgruppe diskutierten, waren sich die BehandlerInnen aus K2 über das Vorhandensein dieser beiden Subgruppen einig – beide Kliniken merkten in diesem Zusammenhang (kritisch) die derzeitige Fokussierung ihrer VMO-Konzepte auf Schmerzproblematiken an. In beiden Kliniken differenzierten die BehandlerInnen die Subgruppen VMO ohne und VMO mit BBPL, wobei die BehandlerInnen aus K1 die mengenmäßige Anzahl von VMO-PatientInnen mit BBPL höher einschätzten als die BehandlerInnen aus K2. Laut den BehandlerInnen aus K2 können und wollen VMO-PatientInnen zumeist noch ihren beruflichen Aktivitäten nachgehen und weisen nur in geringerer Anzahl erwerbsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen auf. Die BehandlerInnen beider Kliniken stimmten jedoch darin überein, dass VMO-PatientInnen sich stärker über Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen im privaten Alltag kennzeichnen würden. Während VMO-PatientInnen, wie weiter oben bereits gesagt, für die BehandlerInnen aus K1 die schwierigste PatientInnengruppe darstellt, beschrieben die BehandlerInnen aus K2 sie als dankbarer, ruhiger und zufriedener als MBOR-PatientInnen.

Die Abbildungen 13 und 14 fassen die VMO-Problemlagenkonstruktionen der BehandlerInnen aus K1 und K2 noch einmal schematisch entlang des biopsychosozialen Modells zusammen.

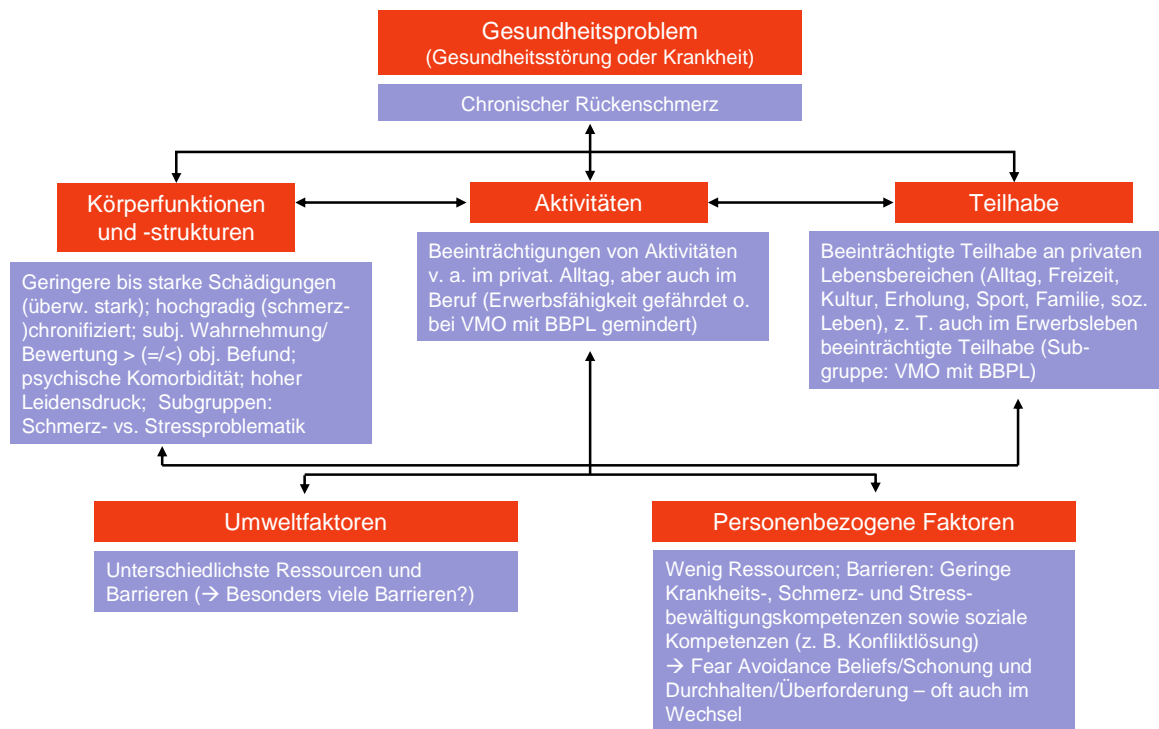


Abb. 13: VMO-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K1

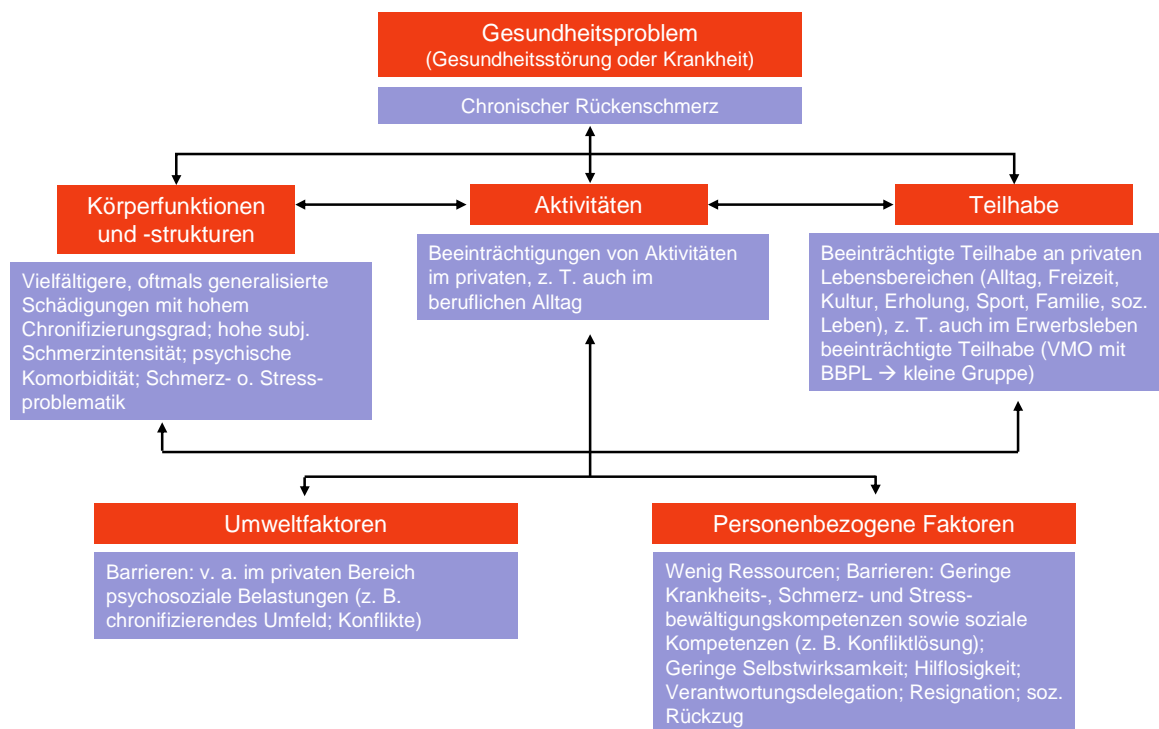


Abb. 13: VMO-Problemlagekonstruktion der BehandlerInnen aus K2

#### **6.4 Fokusgruppe mit BegutachterInnen und ExpertInnen der DRV Bund**

Die an der Fokusgruppe teilnehmenden BegutachterInnen äußerten sich ambivalent über die Ausdifferenzierung der orthopädischen Rehabilitation in die Behandlungszweige OR, MBOR und VMO und die damit einhergehende Abgrenzung entsprechender Problemlagen. Einerseits begrüßten sie diese Entwicklung, da sie in ihrer täglichen Arbeit seit jeher mit der Heterogenität der Probleme von AntragstellerInnen konfrontiert seien und die Ausdifferenzierung der Behandlungszweige die Chance biete, die AntragstellerInnen nun gezielter, d. h. bedarfsorientierter und damit effektiver zu behandeln.

*„B: Als Sozialmediziner, wie als Arzt, hat man immer den Patienten vor Augen, aber auch die Überlegung, was ist jetzt für den richtig? Immer im Rahmen der Vorgaben vom Gesetzgeber und so weiter. Und da wir das ja zum Teil auch schon sehr lang machen und natürlich auch immer die Rückmeldung über Entlassungsberichte, Ergebnisse und so weiter haben, hat sich das auch erst mal als Bedürfnis entwickelt, im ärztlichen Dienst, genauso wie in Rehakliniken, dass man mehr differenzieren kann. [...] Und dann hat man daraus natürlich eine Vorstellung, welcher Bedarf da ist. Aus der zum Teil ja sehr langjährigen Erfahrung, biopsychosoziales Krankheitsmodell und so weiter. Das ist ja alles über die Sozialmedizin ja auch wirklich forciert eingebracht worden in verschiedenen Bereichen unserer Versorgung. Haben sich ja bestimmte Wege ergeben, bestimmte grundsätzliche Indikationskonzepte, aber eben auch dann differenzierte nach den Problemen der Patienten, die sich ergaben. Und parallel haben sich Konzepte entwickelt. Und jetzt stellt sich natürlich die Frage, wie kann man als zuweisender Arzt, welche Instrumente hat man in der Hand und wie passen die Konzepte, die entwickelt wurden zu den Bedarfen, die man selber erfahren hat, aber die man auch angeboten bekommt aus den Unterlagen? Und dann kommt man so langsam zu der Frage, welche Herausforderung stellen sie sich, wenn man in die Zuweisung hineingeht?“ [FG-DRV Bund]*

Andererseits sei die Ausdifferenzierung eine künstliche, die der heterogenen Realität kaum gerecht werde.

*„B: Ich halte persönlich diese Trennung von VMO und MBOR in Hinblick auf das, was Patienten haben für künstlich. [...] mit der MBOR-Konzeption haben wir einen bestimmten Bereich abgedeckt. Und mit der VMO-Konzeption decken wir einen bestimmten Bereich ab. Aber ein echtes Mischkonzept haben wir bisher noch nicht.“ „B: Wir können den Menschen nicht in Päckchen zerschneiden. Wir können nur versuchen von den Konzepten, die wir haben, das Optimale für diesen einen Versicherten zu finden. Und wie gesagt, das Optimale wäre, wenn wir sagen würden, wir haben Behandlungskomplexe und diese werden individuell, jedem Versicherten mit seinen Bedürfnissen zugeteilt. Dann würde man hier in dieser zweiten Gruppe sagen, okay, der braucht drei Einheiten VMO, vier Einheiten MBOR und fünf Einheiten OR oder zwei Einheiten OR. Ja? Dann könnten wir eine individuellere Rehabilitation machen.“ „B: Insofern ist es eben nicht sozusagen das Ideale und Wünschenswerte, sondern das was realistisch machbar ist.“ [FG-DRV Bund]*

Insbesondere wurde die Identifizierung und Benennung spezifischer Kennzeichen und Indikatoren der einzelnen Zielgruppen und Problemlagen kritisch bewertet bzw. sogar abgelehnt. Entsprechend schwierig gestaltete sich die angestrebte Erhebung der Perspektive der BegutachterInnen bezüglich der Merkmale von OR-, MBOR- und VMO-Problemlagen, mithin die Erhebung ihrer Problemlagekonstruktionen. Es gebe keine „ein-eindeutigen“ Merkmale, die jeweils eine bestimmte Problemlage kennzeichnen und

einen der Behandlungszweige indiziere. Vielmehr ergebe die individuell hoch verschiedene, komplexe Kombination und Wechselwirkung unterschiedlichster Merkmale, die für jeden Einzelfall in ihrer Plausibilität, Relevanz und in ihrem Gewicht gesondert zu bewerten sind, die spezifische Problemlage eines Einzelfalls, was wiederum die Grundlage der Zuweisungsentscheidung bilde. Ein und dasselbe Merkmal könne grundsätzlich gleichzeitig Teil der Problemlage eines/r in die OR, eines/r in die MBOR und eines/r in die VMO zugewiesenen Versicherten sein.

*„B: Der eine Fall ist eindeutig, meinetwegen MBOR. Aber nicht jeder Fall, der so konstelliert ist, ist einer. Ja? Deshalb, das ist eigentlich eine Einbahnstraße. Da sehe ich eine große Gefahr drin, das jetzt an konkreten Fällen zu diskutieren. Weil das Ergebnis könnte sein, wenn A, B und C so ist, dann ist das, aber da kommt eben D, E, F, G, H auch noch dazu. Und deshalb sehe ich eine Gefahr drin, sich da auf einige wenige Kriterien festzulegen.“ [FG-DRV Bund]*

*„B: Wissen Sie, das kommt mir vor, als würde mir einer die Aufgabe gegeben haben, beschreibe mal die Lebewesen im Meer. Und ich sage, die sind zehn Meter lang, haben eine Rückenflosse von drei Metern und fressen Plankton. Ist sicherlich richtig, ist eins der Lebewesen im Meer. Aber damit werde ich dem Tintenfisch nicht gerecht und damit werde ich dem... Ja? Deshalb... Der Ansatz ist glaube ich falsch herum.“ [FG-DRV Bund]*

*„B: Also sehr wichtig finde ich auch was Herr [Name] gesagt hat, die gegenseitige Beeinflussung der Faktoren untereinander. Dass der Faktor an sich genommen, meinetwegen die AU-Zeit noch keine Aussage macht, in welcher der drei Gruppen es einzusortieren ist. Sondern die Co-Faktoren, die eine Rolle spielen, die lassen uns jeweils durch einen anderen Filter auf diese eine Aussage gucken. Und tragen dazu bei, ob es dann in diese eine oder andere Gruppe einsortiert wird. Wie verschiedene Mosaiksteine, die man zusammenträgt und die man, wenn ich drei Farben habe, die ich auf einen Tisch lege, trotzdem jedes Mal ein anderes Bild geben können.“ [FG-DRV Bund]*

*„B: Und das sind so viele Faktoren, die dann dieses Puzzle zusammensetzen. Das es schwierig ist, das wirklich auf den Einzelfall runter zu brechen. Man kann Einzelfälle diskutieren und wir werden zu einem Ergebnis kommen, für den einzelnen Versicherten, in welche Form er gehört. Auch das kann unter Umständen unterschiedlich sein. Aber wir können nicht umgekehrt Faktoren festlegen, wo immer dann rauskommt am Ende, diese Form ist die richtige.“ [FG-DRV Bund]*

*„B: Und insofern tue ich mich etwas schwer bei der Abgrenzung oder bei der Beschreibung von Spezifika, die über das hinausgehen was zum Beispiel so erst mal in der Präsentation der Anforderungsprofile von VMO und MBOR dargelegt wurden.“ [FG-DRV Bund]*

Für die Bewertung und Gewichtung aller in den Antragsunterlagen enthaltenen Merkmale verwiesen die BegutachterInnen auf die Bedeutung ihrer Expertise und Erfahrung. Diese sei unerlässlich, so auch bei Vorliegen eines ausgefüllten SIMBO-Bogens. Erst in Abgleich mit den übrigen Antragsunterlagen könnten sie falsch-negativ und falsch-positiv gescreente MBOR-Fälle identifizieren. Darüber hinaus bewerteten sie einzelne Items des Screeninginstrumentes sowie vorgegebene Gewichtungen kritisch und vertrauten hier eher auf eigene Erfahrungen und Expertise.

*„B: Weil bislang gibt es hier eben intern ganz klare Vorgaben, wer in die MBOR geht. Und wir hatten vorgestern schon drüber gesprochen, dass die Vorgaben vielleicht zu strikt sind und der Sachverstand irgendwie so ein bisschen unterrepräsentiert in der Entscheidungslinie ist.“ [FG-DRV Bund]*

Im scheinbaren Widerspruch zu der Ansicht, es ließen sich keine Merkmale für die einzelnen Problemlagen benennen, steht, dass die BegutachterInnen in der Beschreibung des Vorgehens ihrer Zuweisungsentscheidung immer wieder davon sprachen, gewisse Dinge abzuarbeiten oder abzuhaken, bis sich ein bestimmtes Bild des/r Versicherten vor ihrem inneren Auge ergebe. Sowohl diese „Dinge“ als auch diese „Bilder“ konnten oder wollten die BegutachterInnen jedoch auf Nachfrage nicht konkretisieren oder explizieren. Letztlich konnten so nur spärliche Hinweise zu den Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation aus der Fokusgruppe mit den BegutachterInnen und ExpertInnen gewonnen werden. Für die OR beschränkt sich dieser Hinweis auf die Aussage, dass in diesen Behandlungszweig vor allem Versicherte gehören, die intensive somatisch-funktionale Maßnahmen (Einzeltherapien) benötigen.

*„B: Fälle, wo man sagt, da ist eine intensive Einzelbehandlung erforderlich. Und dann wissen die Kolleginnen und Kollegen, das wird nicht klappen in dem Setting [VMO oder MBOR, Anm. Autorin]. Zum einen weil viel Therapiezeit für andere Themen verwendet wird. Und zum anderen weil die Therapien Gruppentherapie lastig sind. Und das mag für ein Großteil sein, für diesen sogenannten unspezifischen Kreuzschmerz, wo alles schon versucht worden ist, aber es gibt tatsächlich auch immer noch Rückenschmerz-Patienten, die von einer individuellen, somatisch-orientierten Behandlung profitieren und die auch benötigen.“ [FG-DRV Bund]*

Hinsichtlich der MBOR wurde (kritisch, siehe oben) auf den SIMBO verwiesen, auf eine ausreichende Belastbarkeit, auf Versicherte, die mit ihren Fähigkeiten den Anforderungen an ihrem Arbeitsplatz aktuell oder aber auch in absehbarer Zeit nicht mehr gewachsen sind sowie auf Versicherte, deren Belastbarkeit mittels der MBOR so weit gesteigert werden soll, damit sie im Anschluss an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen können. Die meisten Hinweise ließen sich aber für die VMO finden. So erwähnten die BegutachterInnen und ExpertInnen neben der orthopädischen Erstdiagnose (wichtig für die Abgrenzung zur Psychosomatik), dem hohen Chronifizierungsgrad (bzw. einer langjährigen Schmerzanamnese) und der vorliegenden psychische Komorbidität, dass Versicherte mit VMO-Bedarf in ihren Anträgen häufig zahlreiche unterschiedliche Beschwerden schildern („bunter Blumenstrauß“), die zudem meist sehr kleinteilig beschrieben und durch vielfältige Kontakte zu Ärzten und Ärztinnen sowie durch Befunde belegt werden. Dies deute, genau wie Diskrepanzen in der Darstellung von Schädigungen und Beeinträchtigungen in einzelnen Lebensbereichen bzw. bei unterschiedlichen Aktivitäten, auf Somatisierungstendenzen hin.

*„B: Und das erkenne ich beispielsweise im Selbstauskunftsbogen, wenn die Patienten oder Patientinnen sind es überwiegend, sehr zahlreiche, unterschiedliche Beschwerden schildern. Die nicht gravierend sind. Das fängt von Druckgefühl im Bauch, von Kopfschmerzen, ein vielfältiger, bunter Blumenstrauß an Symptomen. Da denke ich dran, hoppla, eine psychische Komorbidität. Und das zählt natürlich alles nur, wenn ich mich im Vorfeld schon für eine orthopädische Reha entschieden habe und nicht die psychischen Faktoren dominieren und ich sagen muss, hoppla, vielleicht ist hier primär eine psychosomatische Reha indiziert. Also das sind für mich Kriterien. Und das ist nur ein Punkt jetzt im Selbstauskunftsbogen. Da kommen ganz viele andere Punkte dazu. Wie der Antrag ausgefüllt ist. Ist es pingelig, kleinlich? Sind noch fünf Seiten im Selbstauskunftsbogen angehängt, wo einfach differenziert noch zehn Ärzte aufgeführt sind, die sie in den letzten sechs Monaten besucht haben? Das sind so Kriterien, die da mit einfließen könnten.“ [FG-DRV Bund]*

Die BegutachterInnen und ExpertInnen beschrieben ferner eine VMO/MBOR-Mischgruppe, genauer: VMO-PatientInnen mit vorliegender BBPL. Hier wünschten sie sich die Möglichkeit der Kombination von VMO- und MBOR-Modulen in den Kliniken, schätzten dies aber aus organisatorisch-planerischen sowie ökonomischen Gründen gleichzeitig als kaum umsetzbar ein. In solchen Fällen weisen sie dennoch in Kliniken zu, die sowohl ein MBOR- als auch ein VMO-Programm und somit die entsprechenden Expertisen vorhalten.

## **6.5 Daten- und Perspektiventriangulation**

### **OR-Problemlage**

Im Abgleich der Perspektiven zeigen sich bezüglich der OR-Problemlagekonstruktionen große Übereinstimmungen und nur leichte Abweichungen. Die BehandlerInnen beider Kliniken beschrieben OR-RehabilitandInnen als Personen mit guten Krankheits-, Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen, mit denen sie sowohl psychosoziale Belastungen aus der privaten und beruflichen Umwelt als auch erkrankungsbezogene Schädigungen und Beeinträchtigungen gut bewältigen könnten. Dies bestätigte sich in den RehabilitandInneninterviews, in deren Analyse zusätzlich ein positives Gesundheitsverhalten, günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, die Abwesenheit von Gratifikationskrisen und eine positive subjektive Erwerbsprognose als weitere Merkmale auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren herausgearbeitet werden konnten. Die RehabilitandInnen mit OR-Problemlage beschrieben kaum private oder berufliche Belastungen, kennzeichneten sich vielmehr durch sehr gute Ressourcen auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren (insb. soziale Unterstützung und Rückhalt im Privat- wie im Berufsleben). Während die BehandlerInnen von K2 der Auffassung waren, dass OR-PatientInnen tatsächlich die meisten umweltbezogenen Ressourcen und geringsten Barrieren unter den orthopädischen RehabilitandInnen aufweisen, waren die BehandlerInnen von K1 diesbezüglich anderer Meinung. OR-PatientInnen seien im gleichen Maße wie MBOR- und VMO-PatientInnen mit Barrieren konfrontiert, würden diese aber besser bewältigen können und daher auch subjektiv weniger stark wahrnehmen. Hinsichtlich der

Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen wurden aus RehabilitandInnenperspektive mittelgradige bzw. akut auch stärkere Schädigungen als typisches Merkmal einer OR-Problemlage identifiziert. Auch die BehandlerInnen aus K2 sahen in akuteren, weniger stark (schmerz-)chronifizierten Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen ein typisches OR-Kennzeichen. Die BehandlerInnen aus K1 konstatierten, es gebe auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Problemlagen. In allen drei Behandlungszweigen, OR, MBOR und VMO, seien PatientInnen mit geringen bis starken Schädigungen vertreten. Der Unterschied liege auch hier in der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Schädigungen. Typisches Merkmal von OR-PatientInnen sei eine realistische Einschätzung der objektiv vorliegenden Befunde. Aus der RehabilitandInnenperspektive konnte weiterhin eine geringe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung herausgearbeitet werden (hierin unterschieden sie sich jedoch nicht von den befragten RehabilitandInnen, die der VMO-Subgruppe ‚Stress‘ zugeordnet wurden). Die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten OR-Problemlagen ebenfalls durch eine geringe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung. Übereinstimmung zwischen allen Perspektiven fand sich in der psychodiagnostischen Unauffälligkeit (keine Anzeichen einer psychischen Komorbidität) und dem geringen psychischen Leidensdruck von OR-PatientInnen. Auf Ebene der Aktivitäten kennzeichneten die BehandlerInnen beider Kliniken OR-Problemlagen durch insbesondere im privaten, weniger im beruflichen Alltag, auftretende Beeinträchtigungen. Die Teilhabe an zentralen Lebensbereichen sei, wenn auch gefährdet, noch gegeben. Aus der RehabilitandInnenperspektive zeigten sich für die Ebene der Aktivitäten und Teilhabe – je nachdem, ob geringe oder akut stärkere Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen vorlagen – entsprechend leichte oder stärkere Beeinträchtigungen. Die Aussagen der BegutachterInnen und ExpertInnen der DRV Bund beschränkten sich darauf, dass Personen mit OR-Problemlage intensiver somatisch-funktional ansetzender Maßnahmen bedürfen. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass OR-Problemlagen sich aus der BegutachterInnenperspektive v. a. durch Schädigungen auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen sowie durch dadurch bedingte Aktivitätsbeeinträchtigungen kennzeichnen und weniger durch hemmende umwelt- sowie personenbezogene Kontextfaktoren.

Auf Basis der Triangulation wurde die in Abschnitt 7.1.1 dargestellte typisierte Problemlagebeschreibung ‚OR-Problemlage‘ erstellt. (Hinweis: OR-PatientInnen mit akuter Problematik wurden nicht als eigenständige OR-Subgruppe ausdifferenziert, da sie sich nicht substantiell von anderen OR-PatientInnen unterscheiden und die akute Problematik bei Reha-Beginn zudem meist schon wieder überwunden ist. In der graphischen Abbildung der Problemlagen in Abschnitt 7.5 wurden OR-PatientInnen mit akuter Problematik dennoch gesondert darge-



stellt, um ihre Ähnlichkeit mit der MBOR-Subgruppe ‚funktional‘ zu verdeutlichen, die im Zuge der trägerseitigen Zuweisung zu Abgrenzungsproblemen und Fehlzusweisungen führen könnte.)

### **MBOR-Problemlagen**

Während die BehandlerInnen innerhalb der MBOR zwischen zwei Subgruppen differenzierten – den stärker körperlich und den stärker psychosozial belasteten – konnte über die RehabilitandInnenperspektive eine weitere Subgruppe identifiziert werden. Diese stellt insofern einen Mischtyp der beiden anderen Subgruppen dar, als sowohl eine funktionale als auch eine psychosoziale Problemlage besteht, beides jedoch in geringerer Schwere. MBOR-PatientInnen kennzeichnen sich auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren aus BehandlerInnenperspektive durch geringe Krankheits-, Schmerz-, Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen. Heterogenität wurde bezüglich der subjektiven Erwerbsprognose von MBOR-PatientInnen beschrieben; diese könne positiv, unklar bis negativ ausfallen. Die Analyse der RehabilitandInneninterviews brachte ein für die identifizierten MBOR-Subgruppen differenzierteres Bild. Die Subgruppe ‚MBOR funktional‘ kennzeichnete sich durch gute Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen und günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster. Problematisch waren bei dieser Subgruppe maladaptive Schmerz- und Krankheitsbewältigungsstrategien, vor allem Schmerzvermeidungsverhalten. PatientInnen dieser Subgruppe kennzeichneten sich häufig durch eine unklare berufliche Perspektive, weil sie unsicher sind (und aufgrund von Fear Avoidance Beliefs zumeist unterschätzen), was sie noch zu leisten im Stande sind. Die Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ wies neben einer maladaptiven Schmerz- und Krankheitsbewältigung zusätzlich maladaptive Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien, ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster sowie Gratifikationskrisen auf. Auch hier fand sich eine überwiegend unklare subjektive Erwerbsprognose (Unsicherheit, ob man der beruflichen Tätigkeit weiterhin nachgehen kann und will). Die Subgruppe ‚MBOR funktional + psychosozial‘ zeichnete sich durch ungünstigere Stress-, Schmerz- und Krankheitsbewältigungskompetenzen sowie ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster aus. Gratifikationskrisen wurden nicht beschrieben; bezüglich der beruflichen Zukunft äußerte sich diese MBOR-Subgruppe am optimistischsten. Auch auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren gab es in den MBOR-Problemlagekonstruktionen Abweichungen zwischen den einzelnen Perspektiven. Während die BehandlerInnen aus K1 erneut betonten, dass Ressourcen und Barrieren über alle PatientInnengruppen gleich verteilt seien und die MBOR-Spezifität sich aus der Diskrepanz zwischen beruflichen Anforderungen einerseits und Fähigkeiten andererseits ergebe, sahen die BehandlerInnen aus K2 bei MBOR-PatientInnen durchaus verstärkt Barrieren im beruflichen Bereich vorliegen. Für die Subgruppe der stärker körperlich belasteten MBOR-

PatientInnen seien dies vor allem körperliche (z. B. körperlich anstrengende Tätigkeiten mit vielen Zwangshaltungen), für die Subgruppe der stärker psychosozial belasteten MBOR-PatientInnen vor allem psychosoziale Belastungen (z. B. Stress, Konflikte mit KollegInnen und/oder Vorgesetzten). Aus RehabilitandInnenperspektive zeigten sich für die Subgruppe ‚MBOR funktional‘ keine bis geringere berufliche und/oder private psychosoziale Belastungen; vielmehr kennzeichnete sich die Subgruppe durch gute umweltbezogene Ressourcen (insb. soziale Unterstützung im privaten Bereich). Die Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ zeichnete sich durch stärkere bis starke berufliche (und private) psychosoziale Belastungen und wenig umweltbezogene Ressourcen aus (Stress und/oder Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing, ggf. Mehrfachbelastung durch Beruf, Haus- und Sorgearbeit, Existenzängste). Gute Ressourcen im privaten Umfeld und mittlere berufliche Belastungen zeigten sich bei der Subgruppe ‚MBOR funktional + psychosozial‘. Aus Sicht der BehandlerInnen aus K1 sei auch bei MBOR-PatientInnen prinzipiell das gesamte Spektrum von geringeren bis starken Schädigungen der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen zu finden, wenn auch leichte bis mittelgradige Schädigungen überwiegen würden. Die BehandlerInnen aus K2 sahen hingegen starke Schädigungen mit höherem (Schmerz-)Chronifizierungsgrad als typisches Merkmal einer MBOR-Problemlage (insb. bei MBOR-PatientInnen mit stärker körperlichen Belastungen). Bei der Subgruppe der psychosozial Belasteten seien (infolge der beruflichen und ggf. zusätzlich privaten Belastungen) zudem geringere Schädigungen psychologischer Körperfunktionen relevant. Die BehandlerInnen aus K1 hoben als weiteres Kennzeichen von MBOR-PatientInnen (gleichzeitig aber auch als Merkmal von VMO-PatientInnen) die Diskrepanz zw. subjektiver Wahrnehmung/Bewertung von Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen einerseits und objektivierten Befunden andererseits hervor. Die BehandlerInnen aus K2 kennzeichneten MBOR-PatientInnen durch das Merkmal einer subjektiv besonders stark erlebten bzw. artikulierten schmerzbedingten Beeinträchtigung, bei nicht zwangsläufig auch subjektiv hoher Schmerzwahrnehmung. Eine hohe Schmerzwahrnehmung finde sich wenn, dann v. a. bei der körperlich belasteten MBOR-Subgruppe. Dies stelle ein Unterschied zu VMO-PatientInnen dar, die laut der BehandlerInnen aus K2 eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung aufweisen, aber häufig eine subjektiv geringer wahrgenommene schmerzbedingte Beeinträchtigung. Aus den RehabilitandInneninterviews ergab sich folgendes, für die Subgruppen differenziertes Bild. Sowohl die Subgruppe ‚MBOR funktional‘ als auch die Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ kennzeichneten sich durch mittelgradige bis stärkere Schädigungen der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen sowie durch eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung. Ebenfalls wiesen beide einen höheren Leidensdruck auf, jedoch war nur die Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ auch psychodiagnostisch auffällig (in Abgrenzung zur VMO-Problemlage lag hier jedoch

keine psychische Komorbidität von Krankheitswert vor). Die Subgruppe ‚MBOR funktional + psychosozial‘ kennzeichnete sich durch mittelgradige Schädigungen der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen, eine mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, einen mittleren Leidensdruck sowie durch psychodiagnostische Unauffälligkeit (keine Anzeichen für eine psychische Komorbidität). Hinsichtlich der Aktivitäten und der Teilhabe kennzeichnen sich MBOR-PatientInnen aus Sicht der BehandlerInnen übereinstimmend durch starke Beeinträchtigungen vor allem im beruflichen Bereich. Häufig bestünde bezüglich der Aktivitätseinschränkungen jedoch eine Diskrepanz zwischen subjektiver Einschätzung und objektivierbarem Befund. Die beeinträchtigte erwerbsbezogene Teilhabe würde insbesondere an hohen und/oder häufigen AU-zeiten deutlich, wobei DurchhalterInnen mit geringen AU-zeiten nicht übersehen werden dürften. Beide BehandlerInnenteams differenzierten bei den MBOR-PatientInnen zwischen Stufe B und Stufe C-Fällen, je nach dem ob nach Abschluss der MBOR ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorliege oder nicht. In den RehabilitandInneninterviews zeigte sich, dass Aktivitäten im beruflichen Alltag und die Teilhabe am Erwerbsleben bei den Subgruppen ‚MBOR funktional‘ und ‚MBOR psychosozial‘ stärker beeinträchtigt sind, als bei der Subgruppe ‚MBOR funktional + psychosozial‘. Gleiches gilt für Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen im Privatleben, die durch die RehabilitandInnen generell stärker betont wurden als durch die BehandlerInnen. Die BegutachterInnen und ExpertInnen der DRV Bund verwiesen zur Charakterisierung von MBOR-PatientInnen auf die im SIMBO erhobenen Kennzeichen einer BBPL (AU-zeiten, Arbeitslosigkeit, negative subjektive Erwerbsprognose) sowie auf die Diskrepanz von Anforderungen und Fähigkeiten am Arbeitsplatz. Sie machten aber auch deutlich, dass BBPL nicht nur bei MBOR-Problemlagen, sondern auch bei VMO-Problemlagen auftauchen könnten (VMO/MBOR-Mischtyp) und zur Beurteilung eines MBOR-Bedarfs der SIMBO-Score allein nicht ausreiche.

Auf Basis der Triangulation wurden die in Abschnitt 7.1.2 dargestellten typisierten Problemlage-beschreibungen ‚MBOR funktional‘, ‚MBOR psychosozial‘, ‚MBOR funktional + psychosozial‘ erstellt.

### **VMO-Problemlagen**

Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität von Krankheitswert konnte aus allen Perspektiven (RehabilitandInnen, BehandlerInnen, BegutachterInnen/ExpertInnen) als *die* notwendige Bedingung einer VMO-Problemlage herausgearbeitet werden. Übereinstimmung zwischen den Perspektiven fand sich ferner bezüglich der Heterogenität innerhalb der VMO. Wie auch schon bei der MBOR benannten die BegutachterInnen/ExpertInnen jedoch keine konkreten Subgruppen. Die BehandlerInnen beider Kliniken differenzierten zwischen zwei Subgruppen: den Schmerz- und den StresspatientInnen. Aus der RehabilitandInnenperspektive ließen sich drei Subgruppen identifizieren: ‚VMO Schmerz‘, ‚VMO Stress +

Schmerz' und 'VMO Stress'. Mit dem Begriff der SchmerzpatientInnen bezeichneten die BehandlerInnen VMO-Fälle mit stärkeren bis starken, hochgradig (schmerz-)chronifizierten sowie häufig auch vielfältigen oder generalisierten Schädigungen der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen, bei denen häufig eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung/Bewertung der Schädigungen einerseits und den objektivierbaren Befunden andererseits (subjektiv > objektiv) bestehe. Typisch sei, so die BehandlerInnen aus K2, ferner die subjektiv hohe schmerzbezogene Beeinträchtigung im Alltag. Auf Ebene der personenbezogenen Kontextfaktoren kennzeichneten die BehandlerInnen beider Kliniken diese VMO-Subgruppe durch eine starke Tendenz zum Somatisieren psychosozialer Belastungen sowie durch eine maladaptive Schmerz- und Krankheitsbewältigung. Bei dieser Subgruppe wird die psychische Komorbidität mithin unmittelbar mit den orthopädischen Problemen in Zusammenhang gestellt. Bei der Subgruppe der StresspatientInnen wird die psychische Komorbidität hingegen als etwas beschrieben, das zusätzlich zu und weitgehend unabhängig vom (klar umrissenen) orthopädischen Gesundheitsproblem vorliegt und sich in Folge einer maladaptiven Bewältigung privater und/oder beruflicher Anforderungen (insb. Stress) und Probleme (insb. Konflikte) entwickelt. Kennzeichnend für VMO-PatientInnen insgesamt sei auf Ebene der umweltbezogenen Kontextfaktoren jedoch, so die BehandlerInnen aus K2, dass psychosoziale Belastungen vor allem aus dem privaten Bereich kämen (und nicht wie bei MBOR-PatientInnen primär aus dem beruflichen Bereich). Die BehandlerInnen aus K1 konstatierten auch hier wieder mehrheitlich, dass umweltbezogene Barrieren und Ressourcen über alle Problemlagen gleich verteilt wären und VMO-PatientInnen diese, aufgrund maladaptiver Copingstrategien, lediglich stärker wahrnehmen und schlechter bewältigen würden. Einig waren sich die BehandlerInnen beider Kliniken bezüglich der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe – diese würden vor allem Aktivitäten im privaten Alltag sowie die Teilhabe an privaten Lebensbereichen betreffen. Es gebe jedoch auch eine Gruppe von VMO-PatientInnen mit BBPL, d. h. mit Beeinträchtigungen berufsbezogener Aktivitäten und der Teilhabe am Erwerbsleben. Die BehandlerInnen aus K1 schätzten diese Gruppe dabei zahlenmäßig größer ein als die BehandlerInnen aus K2. Die RehabilitandInneninterviews bestätigten, dass ein Teil der VMO-PatientInnen eine BBPL (Beeinträchtigungen berufsbezogener Aktivitäten, hohe AU-Zeiten bzw. geringe AU aufgrund von Durchhalteverhalten, negative subjektive Erwerbsprognose bzgl. zuletzt ausgeübter Tätigkeit oder dem allgemeinen Arbeitsmarkt) aufwiesen, insbesondere innerhalb der aus der RehabilitandInnenperspektive rekonstruierten Subgruppe 'VMO Schmerz'. PatientInnen der Subgruppen 'Stress + Schmerz' und 'Stress' zeigten kaum Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe, entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kam oder aufgrund von Enduranceverhalten im Job (aus selben Gründen wiesen diese RehabilitandInnen dann auch eine positive subjektive

Erwerbsprognose auf). Die Subgruppe ‚VMO Schmerz‘ deckte sich stark mit der von den BehandlerInnen beschriebenen Subgruppe der SchmerzpatientInnen: vielfältige starke, häufig über die Zeit generalisierte Schädigungen der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen; Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung/Bewertung der Schädigungen und objektivierbaren Befunden; Tendenz zum Somatisieren psychosozialer Belastungen, maladaptive Schmerz- und Krankheitsbewältigung. In den Interviews wurden außerdem eine mangelnde Konfliktbewältigungskompetenz, ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster sowie Gratifikationskrisen aufgrund einer subjektiv wahrgenommenen Effort-Reward-Imbalance deutlich. Die RehabilitandInnen beschrieben stärkere bis starke Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im Privat- und im Berufsleben. Die Subgruppe ‚VMO Stress‘ deckte sich stark mit der von den BehandlerInnen beschriebenen Subgruppe der StresspatientInnen: im Fokus der Erzählungen standen hier stärkere bis starke psychosoziale Belastungen (wobei aus den Interviews deutlich wurde, dass die Belastungen privater und/oder beruflicher Art sein können) sowie mangelnde Kompetenzen bzw. maladaptive Strategien zur Bewältigung dieser Belastungen. Auf Ebene der Körperstrukturen und physiologischen Körperfunktionen kennzeichnete sich diese Subgruppe durch mittelgradige Schädigungen und eine geringere bis mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung. Es deutete sich ferner eine realistischere subjektive Einschätzung der objektiv vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen an. Auf Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe wurden geringere bis mittlere Beeinträchtigungen beschrieben. Die aus den RehabilitandInneninterviews rekonstruierte dritte Subgruppe ‚VMO Stress + Schmerz‘ kennzeichnete sich durch stärkere bis starke private und oder berufliche Belastungen (Gemeinsamkeit mit den anderen VMO-Subgruppen) sowie durch eine maladaptive Schmerz-/Krankheits- und Stress-/Konfliktbewältigungskompetenz (Unterschied zu den anderen VMO-Subgruppen, bei denen der Fokus entweder auf Schmerz(bewältigung) oder Stress(bewältigung) lag). Auf Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe gab es keinen Unterschied zur Subgruppe ‚VMO Stress‘ – es wurden geringere bis mittlere Beeinträchtigungen in Privat- und Berufsleben beschrieben. Die von den BegutachterInnen und ExpertInnen der DRV Bund benannten Merkmale für VMO-Problemlagen (orthopädische Erstdiagnose, hoher (Schmerz-)Chronifizierungsgrad, häufig zahlreiche unterschiedliche Beschwerden, langjährige Schmerzanamnese, psychische Komorbidität) entsprechend weitgehend den Kennzeichen der von den BehandlerInnen beschriebenen VMO SchmerzpatientInnen bzw. der aus den RehabilitandInneninterviews identifizierten Subgruppe ‚VMO Schmerz‘.

Auf Basis der Triangulation wurden die in Abschnitt 7.1.3 dargestellten typisierten Problemlage-beschreibungen ‚VMO Schmerz‘, ‚VMO Stress‘, ‚VMO Stress + Schmerz‘ erstellt.

## 7. Praxistools

Auf Grundlage der dargelegten Ergebnisse wurden folgende Praxistools entwickelt:

### **Typisierte Problemlagebeschreibungen: Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation**

Die Typisierten Problemlagebeschreibungen (siehe Abschnitt 7.1.1 – 7.1.3) sind unmittelbares Ergebnis der Daten- und Perspektiventriangulation (siehe Abschnitt 6.5). Sie beinhalten zentrale Indikations-/Differenzkriterien, eine idealtypische Kurzbeschreibung der Problemlagen/Subgruppen, Fallbeispiele (Ergebnis der Einzelfallanalysen der RehabilitandInneninterviews; einschl. der zugeordneten ICF-Codes)) sowie (im Rahmen der kommunikativen Validierung weiter ausgearbeitete) problemlageorientierte Behandlungsempfehlungen.

### **Supplement I: Übersicht über die Behandlungsempfehlungen**

#### **Zuweisungspfade für die differenzierte Zuweisung in die Behandlungszweige der orthopädischen Rehabilitation seitens der Träger (Systemsteuerung)**

Die Zuweisungspfade (siehe Abschnitt 7.2) veranschaulichen die aus den Ergebnissen resultierenden Handlungsempfehlungen zur differenzierten Zuweisung in die Behandlungszweige OR, MBOR und VMO seitens der Träger. Sie stellen mithin ein Unterstützungstool für die trägerseitige Steuerung dar.

#### **Behandlungspfade für die differenzierte Zuweisung in die Behandlungszweige der orthopädischen Rehabilitation seitens der Rehabilitationseinrichtungen (Fallsteuerung)**

Die Behandlungspfade (siehe Abschnitt 7.3) veranschaulichen die aus den Ergebnissen resultierenden Handlungsempfehlungen zur Zuweisung in die Behandlungszweige OR, MBOR und VMO seitens der Rehabilitationseinrichtungen. Sie stellen mithin ein Unterstützungstool für die klinikseitige Fallsteuerung und die differenzierte Therapieplanung innerhalb der Behandlungszweige (Subgruppen) dar.

### **Supplement II: Grafische Darstellung der Problemlagen zur Unterstützung der System- und Fallsteuerung**

Das Supplement (siehe Abschnitt 7.4) stellt die Problemlagen/Subgruppen, grafisch in Vierfelder-Diagrammen dar. Es dient zur Unterstützung der träger- und klinikseitigen Steuerung.

### **Fragenkatalog und Sammlung von Diagnostikinstrumenten zur Unterstützung der Fallsteuerung in der orthopädischen Rehabilitation**

Der Fragekatalog (siehe Abschnitt 7.5) und die Sammlung von Diagnostikinstrumenten (siehe Abschnitt 7.6) dienen der Identifikation bzw. Spezifikation der Problemlagen in den Rehabilitationseinrichtungen und stellen somit ebenfalls Unterstützungstools für die Fallsteuerung dar.

## 7.1 Typisierte Problemlagebeschreibungen

### 7.1.1 Typisierte Problemlagebeschreibung – OR-Problemlage

<b>OR-Problemlage</b>	
INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10: M00-M99)</li> <li>- Keine psychische Komorbidität von Krankheitswert</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelgradige bis akut auch stärkere körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen</li> <li>- Geringere subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung; geringer Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Keine Schädigungen psychologischer Körperfunktionen, insb. der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit, der psychischen Energie und des Antriebs sowie der emotionalen Funktionen: psychisch und emotional stabil, geringerer psychischer Leidensdruck</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere bis akut auch stärkere Beeinträchtigungen von Aktivitäten v. a. im Privat-, aber auch im Berufsleben</li> <li>- Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde, Beruf) ist gefährdet bzw. akut auch vermindert</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Ressourcen im privaten wie im beruflichen Bereich (z. B. soziale Unterstützung privat wie beruflich, gutes Arbeitsklima, gute Arbeitsbedingungen, finanziell-materiell abgesichert)</li> <li>- Subjektiv keine oder nur wenig psychosoziale Belastungen wahrgenommen/beschrieben</li> <li>- Anforderungen (körperlich wie psychosozial) am Arbeitsplatz stehen in leichter, akut auch in stärkerer Diskrepanz zu vorhandenen Fähigkeiten</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen</li> <li>- Gute Konflikt- und Stressbewältigungskompetenzen</li> <li>- Positives Gesundheitsverhalten (Ernährung, Sport)</li> <li>- Günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (insb. angemessenes Maß an Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und beruflichen Ehrgeiz, gute Distanzierungsfähigkeit und Problemlösekompetenz, geringe Resignationstendenz)</li> <li>- Keine berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Balance (subjektiv empfundenes Gleichgewicht zwischen Veraus-</li> </ul>

	gabung und Belohnung) - Positive subjektive Erwerbsprognose
<b>KURZBESCHREIBUNG</b>	
<p>Der typische OR-Fall kennzeichnet sich durch mittelgradige bis akut auch stärkere körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Privat wie beruflich liegen keine oder nur geringe psychosoziale Belastungen vor. Im Gegenteil: der typische OR-Fall verfügt über vergleichsweise gute Ressourcen im privaten und beruflichen Kontext. Insbesondere ist hier die soziale Unterstützung seitens der Familie, des Freundes- und Bekanntenkreises sowie der Vorgesetzten und KollegInnen zu nennen. Die körperlichen wie psychosozialen Anforderungen im Beruf werden meist als bewältigbar, die Rückkehr an den Arbeitsplatz (sofern nicht bereits vor Reha-Antritt erfolgt) nicht als (unüberwindbares) Problem erlebt. Mitunter wurde der Wiedereinstieg mit den Vorgesetzten bereits abgestimmt, z. B. in Form von Arbeitserleichterungen in der ersten Zeit nach der Rückkehr. Der typische OR-Fall weist überwiegend günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster auf, insb. werden An- und Herausforderungen zumeist offensiv bewältigt, besteht eine vergleichsweise gute Distanzierungsfähigkeit und keine übermäßige Resignationstendenz sowie ein angemessenes Maß an Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben. Auch weiter gefasst kennzeichnet sich der typische OR-Fall in Beruf und Privatleben durch grundsätzlich gute Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen. Eigene Bedürfnisse und Grenzen werden meist gut erkannt und können auch anderen gegenüber durchgesetzt werden. Weiterhin verfügt der typische OR-Fall über vergleichsweise gute Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen. Neben positivem Denken kämpft der typische OR-Fall oft auch mit Bewegung und Sport aktiv gegen die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen und etwaige Schmerzen an. Ausgenommen in akuten Zuständen, weist der typische OR-Fall eine geringere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung auf. Aktivitäten im Privat- und Berufsleben können, außer in akuten Phasen, fast uneingeschränkt ausgeführt werden. Die Teilhabe an zentralen Lebensbereichen ist durch die vorliegende Gesundheitsstörung nichtsdestotrotz als gefährdet bzw. bei akuten Problematiken zeitlich begrenzt auch als eingeschränkt einzustufen. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten sind beim typischen OR-Fall vergleichsweise moderat und überschreiten nur bei akuten Problematiken die auf das Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage hinweisenden Grenze (&gt; 12 Monate im vergangenen Jahr). Der typische OR-Fall erhofft sich von der Reha eine weitere und nachhaltige Verbesserung seiner Funktionsfähigkeit bzw. das präventive Vorbeugen einer künftigen Verschlechterung mit Hilfe des Erlernens gezielter Übungen und Verhaltensstrategien. Er/Sie erscheint als unkomplizierter, hoch motivierter PatientIn.</p>	
<b>ZUWEISUNGS- UND BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuweisungsempfehlung: Klassische orthopädische Rehabilitation</li> <li>- Behandlungsempfehlung: Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Patientenschulung chronischer Rückenschmerz (Rückenschule) [Reha-Therapiestandards: ETM 04], Grundedukation körperlich und psychosozial (insb. Gesundheits-/Krankheitsinformation, Bewältigung von Krankheitsfolgen, Unterstützung von/Beratung</li> </ul>	



zu eigenen Ressourcen) [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Ergonomie-/Arbeitsplatzberatung [Reha-Therapiestandards: ETM 02/05], Vermittlung von Entspannungstechniken [Reha-Therapiestandards: ETM 05/07], Anleitung zum Eigentaining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11]

FALLBEISPIELE (siehe nachfolgende Fallvignetten<sup>13</sup>: K1-OR-w1, K1-OR-w2, K1-OR-w3, K1-OR-m1, K2-OR-w1, K2-OR-m2, K2-MBOR-w1, K2-MBOR-m1)

---

<sup>13</sup> In den Fallvignetten verwendete Abkürzungen:

SW: Subjektive Schmerzwahrnehmung/-intensität; SB: Subjektive Schmerzbeeinträchtigung; PB: Psychosoziale Belastungen im privaten Bereich; PB: Psychosoziale Belastungen im beruflichen Bereich; AVEM: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster; ERI: Effort-Reward-(Im)balance; SPE: Subjektive Erwerbsprognose; FAB: Fear-Avoidance-Beliefs; AU: Arbeitsunfähigkeit; AL: Arbeitslosigkeit; GdB: Grad der Behinderung; KG: Krankengymnastik

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M15-M19, C00-C97/D00-D48, J45, H90-H95. I10-I15

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HWS (Bandscheibenproblematik) (s76000, s120)</li> <li>- Gelenke (Arthrose) (s7701)</li> <li>- Schambein (Zelltumor) (s630)</li> <li>- Atemwege (Asthma) (s430)</li> <li>- Mittel-/Innenohr (Schwerhörigkeit) (s250/260)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerz (b28013), ausstrahlend bis in den Po (b2801), oft assoziiert mit Übelkeit u. Schwindel (b2403 o. b5350)</li> <li>- Schmerzen im Schambein (b2801)</li> <li>- Atmungsfunktionen (b440)</li> <li>- Schwerhörigkeit (b230)</li> <li>- Bluthochdruck (b4200)</li> <li>- Mitunter ausgelaugt (b1300)</li> <li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: schwer Heben und Tragen (d430)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere Beeinträchtigung bei der Hausarbeit (d640), sowie beim Sport wg. des Asthmas (d9201) → dennoch: regelmäßig Reha-Sport, Radfahren, Spazieren (d9201)</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, keine AU im letzten Jahr, keine aktuelle AU (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigung</li> </ul>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Teilzeitstelle: 20h/Wo (e590)</li> <li>- Körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz: mitunter sind schwere Waren zu bewegen (e590); hier jedoch instrumentelle Unterstützung seitens KollegInnen (e325)</li> <li>+ Rücksicht u. Verständnis seitens KollegInnen; gutes Arbeitsklima (e325)</li> <li>+ Keine belastenden psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz (e590); Ort der Abwechslung u. sozialen Kontakte</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Emotionale u. instrumentelle Unterstützung seitens Ehemann (e310) u. in der Nähe wohnender Tochter (e310)</li> <li>- Betreut Enkelin (e310) u. unterstützt ihre betagten Eltern (e310), was sie gern tut, aber auch eine Belastung für sie darstellt</li> <li>- Erkrankung des Haustieres vor Reha-Antritt; Tod nach Reha-Antritt (e350)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Rückenbeschwerden bislang mit Spritzen-therapie, KG, Massagen und Reha-Sport behandelt, keine Besserung (e5800/ e1101, e5800); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>59 J., weiblich, teilzeitbeschäftigt (20h/Wo) als Verkäuferin in e. Möbelgeschäft, verheiratet, 2 erwachsene Töchter</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leichtes Übergewicht</li> <li>+ Regelmäßiger Sport</li> <li>+ Wenig Alkohol, kein Nikotin</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Versucht positiv zu denken, nicht zu ‚jammern‘; aktiv zu bleiben, sich nicht zu ‚verkriechen‘</li> <li>+ Aktivitäten werden ausprobiert; wenn Schmerz zu groß, später erneuter Versuch</li> <li>+ Angemessene Selbstmedikation mit Schmerzmitteln o. Einnahme nach ärztlicher Verordnung</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Spricht über Probleme, sucht ggf. soz. Unterstützung, kann schwer ‚Nein‘ sagen</li> <li>+ KollegInnen bewundern sie dafür, wie ruhig sie Probleme auf Arbeit angeht</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>	

„Großartig Probleme hab ich nicht.“, „[...] ich bin eigentlich so, dass ich das alles trotzdem noch positiv sehe und jetzt nicht mich da verkrieche. Und ich gehe dann viel spazieren, wenn ich Zeit habe. Also, ich bin auch nicht so, dass ich jammere und sage mir tut es hier weh und da weh und das hilft ja auch nicht weiter.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (Bandscheibenvorfall vor 8 J., aktuell 3 Vorwölbungen, ISG verschiebt sich immer wieder) (s76002, s120, s7701)</li> <li>- HWS (Stenose, Arthrose, Bandscheibenvorfall im letzten HW) (s76000, s120)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013), ausstrahlend ins rechte Bein (b28015), Kribbeln im Bein (b2702)</li> <li>- Funktion der Gelenkstabilität (ISG) (b715)</li> <li>- Schmerzbedingte Schlafprobleme (b134) (Besserung seit Spritzentherapie)</li> <li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265), Ausmaß psych. Energie (b1300)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten in akuten/schlimmen Phasen, bei körperlich schweren Tätigkeiten wie der Bewegung v. PatientInnen (d449)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung von Aktivitäten des täglichen Lebens in akuten/schlimmen Phasen (sich anziehen (d5400), aufstehen (d4100), im Bett umdrehen (d420), Fenster putzen (d640) sowie bei der Gartenarbeit (d6505))</li> </ul> <p><b>Umfassend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> <li>+ Radfahren, Frauenturngruppe, Reha-Sport, Crosstrainer (d9201)</li> <li>+ Im Vorstand der Landfrauen u. des VdK tätig (d910)</li> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 4 Wo AU im letzten Jahr, keine aktuelle AU (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> </ul>
Umweltfaktoren			
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Teilzeitstelle (eine volle/eine freie Wo) (e590)</li> <li>- Ausgestandener Konflikt am Arbeitsplatz (sollte Leitung übernehmen, entschied sich nach Mobbing-/Konfliktsituation dagegen u. blieb ‚normale‘ Mitarbeiterin) (e325)</li> <li>- In Tagespflege nur vereinzelt körperlich anstrengende, überwiegend aber weniger anstrengende Tätigkeiten; als normale Mitarbeiterin (wieder) begrenzte Verantwortlichkeit, weniger Stress (e590)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pfl egte Schwiegereltern (e315) bis zum Tod - zunächst allein (Mehrfachbelastung: Job, Pflege, Kinder, Haushalt), dann mit prof. Unterstützung (e355); derzeit keine überfordernde Mehrfachbelastung</li> <li>+ Unterstützung seitens Ehemann u. Söhnen (e310) sowie durch gute Freundin (e320)</li> <li>+ Sozial integriert auch durch Vorstandstätigkeit bei den Landfrauen u. im VdK (e325, e555)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Beschwerden bislang mit Spritzentherapie u. Reha-Sport behandelt (e5800/e1101, e5800), aktuelle Reha = 3. Reha (e5800), GdB 30 (e5700)</p>			
Personenfaktoren			
<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>50 J., weiblich, teilzeitbeschäftigt (eine volle, eine freie Woche) als Krankenschwester in Altenpflege (seit 2009 in d. Tagespflege, davor in d. Nachtwache), verheiratet, 2 erwachsene Söhne</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Regelmäßiger Sport</li> <li>+ Kein Alkohol, kein Nikotin</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sport, mitunter Schmerzvermeidungsverhalten</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sieht sich immer wieder mit Problemen/Ungerechtigkeiten konfrontiert (Opferrolle), die sie aber aktiv angeht u. bezwingt (Kämpferin); holt sich ggf. soz. Unterstützung</li> <li>+ Hat gelernt sich abzugrenzen, ‚Nein‘ zu sagen, eigene Bedürfnisse zu erkennen u. durchzusetzen, sich nicht unter Druck setzen zu lassen (berufl. wie privat)</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>			

„Keine Beeinträchtigung kann man nicht sagen. Ich würde mal sagen, ich kreuz mich mal in der Mitte an [SIMBO-Frage zur gesundheitsbedingten Beeinträchtigung berufl. Aktivitäten]. Aber das ist ja auch nur dann, wenn ich (da hier?) irgendwo was habe. Erst dann bin ich beeinträchtigt.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, G43, N95

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
- HWS (Bandscheibenproblematik) (s76000, s120)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013), ausstrahlend in Schultern, Arme, Finger (b28014), Taubheitsgefühl (b2702/b265)</li> <li>- Verspannungen (b780), Steifigkeit (Kopf sowie gesamter Körper) (b710/720/7800)</li> <li>- Kopfschmerz/ Migräne (b28010)</li> <li>- Mitunter Schlafstörungen (b134) (Grübeln)</li> <li>- Wechseljahre (b650)</li> <li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265), neigt im Winter zu betrüblicher Stimmung (b152)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: alles machbar, jedoch geringere Beweglichkeit, mitunter schmerzhaft (d8451)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere Beeinträchtigung bei Aktivitäten des täglichen Lebens: alles machbar, jedoch geringere Beweglichkeit, mitunter schmerzhaft (d640)</li> <li>- Geringere Beeinträchtigungen beim Sport → dennoch regelmäßig Tennis, Yoga, Radfahren, Spazieren/Wandern (d920(1))</li> </ul> <b>Übergreifend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, keine AU im letzten Jahr, keine aktuelle AU (d850, d845)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Teilzeitstelle (16h/Wo, verteilt auf 2 Tage) (e590)</li> <li>- PC-Arbeitsplatz: sitzende Tätigkeit (e590)</li> <li>+ Firma achtet auf gesundheitsförderliche (z. B. ergonomische Büromöbel) (e135) u. familienfreundliche Arbeitsbedingungen (e590)</li> <li>+ Keine belastenden psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz (e590)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Sehr intaktes Elternhaus (e310)</li> <li>+ Sehr guter Freundeskreis (e320)</li> <li>- Ehe nach Auszug der Kinder im Umbruch/ Neudefinition der Beziehung (belastet sie gegenwärtig etwas) (e310)</li> </ul> <b>Gesundheitsbezogen</b> <p>Vor Reha: Behandlungen beim Orthopäden, KG (e5800); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<b>Soziodemographie</b> <p>50 J., weiblich, 16h/Wo als Büroassistentin in Softwarefirma tätig (gelernte Bankkauffrau), verheiratet, 2 Töchter (16 J. u. 19 J.)</p> <b>Gesundheitsverhalten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Regelmäßiger Sport</li> <li>+ Wenig Alkohol, kein Nikotin</li> </ul> <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bewegung, rückengerechtes Verhalten</li> <li>+ Angemessene Selbstmedikation (Schmerzmittel)</li> </ul> <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Positiv denken, Probleme aktiv angehen</li> </ul> <b>AVEM, ERI, SPE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>

„[...] bin sehr froh, dass mir die Kur genehmigt wurde, weil ich mitgekriegt habe, dass man schon sehr achtgeben muss, dass man den Anfängen halt auch wehren muss und von daher genieße ich den Aufenthalt hier und nehme eigentlich auch alles mit, was mir geboten wird und freue mich einfach auch mal auf drei Wochen für mich. Das ist auch ein gewisser Luxus, den man als Hausfrau und Mutter, sage ich mal, mit Nebenberufstätigkeit nicht wirklich so hat.“, „[...] mache allerdings auch viel selbst, also was ich versuche, halt auch selber ein Bisschen was auf die Beine zu stellen“, „[...] ich bin kein Mensch, der sehr negativ ist oder leidet oder so. Ich versuche halt schon das Positive in meinem Leben oben zu halten.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M17

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (Bandscheibenvorwölbung) (s76002, s120)</li> <li>- Kniegelenk links (Gonarthrose) (s75011)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013)</li> <li>- Kopfschmerzen (b28010) ausgehend von Verspannungen in HWS (b780)</li> <li>- Knieschmerzen (b28016)</li> <li>- Steifigkeit (b710/720/7800)</li> <li>- Schlafstörungen (b134)</li> <li>- Mitunter stressbedingte Bauchschmerzen (b28012)</li> <li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Triebwagen (d4153), körperlich schwere Arbeit auf Geflügelhof (z. B. schwer Heben und Tragen (d430))</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung bei Haus-/Gartenarbeit: Feuerholz hacken (d650)</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 4 Wo AU im letzten Jahr, keine aktuelle AU (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Anforderungen: Vollzeit sitzende Tätigkeit (e590) + körperlich anstrengende nebenberufliche Tätigkeit (eigener Geflügelhof) (e590)</li> <li>+ Keine belastenden psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz: empfindet seinen Job als entspannend, kein Stress (e590)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Emotionale und instrumentelle Unterstützung seitens Ehefrau (e310)</li> <li>+ Bei Bedarf instrumentelle Unterstützung durch Kumpels (e320)</li> <li>- Mehrfachbelastung: Job, nebenberufliche Tätigkeit, 4 Kinder, pflegebedürftige Oma seiner Frau wohnt mit im Haus (Pflege erfolgt seitens seiner Frau) – zur Oma angespanntes Verhältnis (e590, e310, e315)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>35 J., männlich, vollzeitbeschäftigt als Triebwarenführer (gelernter Zimmerer u. Triebwarenführer), verheiratet, 4 Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein Sport, viel Bewegung durch nebenberufliche Tätigkeit (eigener Geflügelhof)</li> <li>+ Kein Alkohol, kein Nikotin</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Gegen Beschwerden bei langem Sitzen macht er Übungen im Triebwagen u. Spaziergänge in Pausen</li> <li>- Aber auch gewisse FAB u. Schonungsverhalten: Aktivitäten/Bewegungen vermeiden, langsamer, bedächtiger machen, um keine Verschlimmerung zu bewirken</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bleibt bei Problemen ruhig, wartet ab; bespricht sie ggf. mit Ehefrau u. versucht sie mit ihr zu lösen</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G (/S), keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>

„Bei uns ist es immer so, wenn was kommt, dann kommt immer alles auf einmal. Ich denke mir dann meistens, naja, wird schon rumgehen. Die Frau macht sich dann immer mehr Gedanken wie ich. Ich bin ja halt so ein Mensch, ich warte lieber ab.“, „Also in der Arbeit erhole ich mich.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
- WS (Bandscheibenvorfall) (s7600, s120)	- Schmerzen (b28015), u. Taubheit (b2702) im Linken Bein ausgehend von Bandscheibenproblematik - Wechseljahre (b650) - Schlafstörungen (b134) + Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265)	<b>Beruf</b> - Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten während akuter Phase (d8451) <b>Privatleben</b> + Aktuell kaum/keine Beeinträchtigungen + Regelmäßiger Sport im Sportverein (d9201) <b>Übergreifend</b> + Mit Stress umgehen (d2401)	<b>Beruf</b> + Bestehendes Arbeitsverhältnis, 27 Wo AU im letzten Jahr → aktuell seit 27 Wo AU (Bandscheibenvorfall!) (d850, d845), nach Reha Wiedereingliederung <b>Privatleben</b> + Aktuell keine Beeinträchtigungen
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<b>Beruf</b> + Teilzeitstelle (25h/Wo) (e590) - PC-Arbeitsplatz: sitzende Tätigkeit (e590) + Keine belastenden psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz (e590) <b>Privatleben</b> + Intakte Familie, Unterstützung seitens Ehemann (e310) u. Kindern (e310) + Finanziell entspannte Situation (e165) <b>Gesundheitsbezogen</b> Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)		<b>Soziodemographie</b> 50 J., weiblich, teilzeitbeschäftigt (25h/Wo) als Assistentin Gesundheitsmanagement/Prävention bei einer Krankenkasse (gelernte Sozialversicherungsangestellte), verheiratet, 2 erwachsene Kinder <b>Gesundheitsverhalten</b> + Viel Bewegung <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> + Bewegung/Sport: Schmerz/Beschwerden mit Bewegung angehen <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> + Positiv denken/positive Einstellung zum Leben <b>AVEM, ERI, SPE</b> + Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose	

„[...] ich mich zwar zurzeit relativ gut fühle und auch schmerzfrei bin, wollte ich eben aus diesen Gründen die Reha dann doch nochmal durchziehen, um zu gucken, was muss ich jetzt in Zukunft tun, damit das so bleibt.“, „Ich bin von Natur aus ein positiver Mensch. Also positive Einstellung zum Leben und so weiter. Das hat mir natürlich geholfen.“, „Das muss man einfach sagen, Bewegung macht den Kopf auch wieder frei. Also das ist die positive Erfahrung, die ich doch auf jeden Fall gemacht habe. Sobald man sich vernünftig, intensiv und gezielt bewegt, geht es auch dem Kopf wieder besser, oder der Psyche wieder besser.“, „Nun bin ich schon lange arbeitsunfähig und werde dann nach dieser Reha mit Wiedereingliederung wieder zurück an meinen Arbeitsplatz und denke so wie vorher weitermachen können.“



**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M17, M18

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"><li>- BWS ('85 Bruch 12. Brustwirbel nach Leitersturz, OP, seit '98 wieder Beschwerden) (s76001, s120)</li><li>- Hand (Beschädigung Vene u. Nerven bei Unfall mit Flex) (s7302)</li><li>- Daumensattelgelenke (Arthrose, eine Seite 4 Wo vor Reha operiert) (s7302)</li><li>- Kniegelenke (Arthrose) (s75011)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rückenschmerzen (b28013)</li><li>- allg. Unbeweglichkeit /Steifigkeit (b710/720 /7800)</li><li>- Taubheit in Hand (seit Unfall) (b2702/ b265)</li><li>- Schmerzen in Händen wg. Arthrose (b28014)</li><li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265)</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: schwer Heben (d430), Bücken (d4101/5), auf engem Raum drehen (d4108), Leiter/Gerüst hoch u. runter steigen (d4551)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung bei der Gartenarbeit durch Hand-OP (Gips) (d650, d440)</li></ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 18 Wo AU im letzten Jahr, aktuell seit 16 Wo AU (d850, d845)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Aktuell keine Beeinträchtigung</li></ul>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Körperlich schwere Arbeit auf dem Bau mit vielen Zwangshaltungen (schwer Heben, Leiter u. Gerüste hoch u. runter steigen, Arbeit auf engen Gerüsten: drehen, bücken), mitunter gefährliche Arbeit (große Höhen, Werkzeuge) (e590)</li><li>+ Inzw. nur noch Baustellen im Umkreis von max. 250 km, keine weiten Dienstreisen mehr (positiv bewertet: alters-/leidensgerecht) (e590)</li><li>+ Selbständige, eigenverantwortliche Arbeit (e590)</li><li>+ Keine belastenden psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz (e590)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pflegebedürftige Mutter (e310): gemeinsam mit Frau, Schwester u. profess. Pflegerin (e355) gut zu bewältigen</li><li>+ Familialer Zusammenhalt, Unterstützung (e310), Guter Freundeskreis (e320)</li><li>- Finanz. Situation: Kredite für Haus u. Wohnungen (Vermietung an Dritte) werden noch abbezahlt; kann jedoch auf ausreichendem Niveau gut leben, auch wenn er in 4 J. (mit 60 J.) wie geplant in Rente gehen sollte (e165)</li></ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Beschwerden bislang mit Wärme, Strom u. Akupunktur behandelt (e5800); aktuelle Reha = 4. Reha (e5800)</p>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>56 J., männlich, vollzeitbeschäftigt als Heizungsbauer (seit 35 J. in derselben Firma), verheiratet, 2 erwachsene Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Übergewicht seit Kindheit</li></ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Lässt sich von Beschwerden nicht unterkriegen, nicht abhalten das zu tun, was er will</li><li>+ Hoch motiviert in d. Reha: will bei allem mitmachen, die Zeit voll ausnutzen, um das Beste raus zu ziehen</li></ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Offensive Problembewältigung, bleibt ruhig, optimistisch, geht Probleme an</li><li>+ Fähigkeit, sich zu entspannen</li></ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise</li><li>+ Will nach Reha noch 4 J., evtl. auch bis zum 40. Firmenjubiläum, arbeiten u. dann vorzeitig in Rente gehen, evtl. mit stundenweiser Beschäftigung</li></ul>	
<p>„[...] sonst habe ich keine Probleme. Da bin ich Optimist. [...] der Wecker klingelt, die Decke kommt hoch, das Bein kommt aus dem Bett. Und dann geht es rund.“, „Es gibt nichts, was nicht geht, da wird so lange dran gearbeitet, bis das geht.“, „Ich bin vor vier Wochen noch mal operiert worden, so. Jetzt fängt zu Hause (...?) der Garten, der fängt an zu blühen. So, die Arbeiten sollen gemacht werden. Ja, da hatte ich erst auch noch Gips. Aber, du, dann wird da, irgendwie wird da eine Möglichkeit geschaffen. Das man was machen kann.“</p>			

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M77, E00-E07

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirbelsäule (doppelter Bandscheibenvorfall) (s7600, s120)</li> <li>- Arm (Epicondylitis) rechts (operiert), links beginnende Beschwerden (s730)</li> <li>- Schilddrüse (operiert) (s5801)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen (b28014) u. Ausfälle in rechtem Arm/rechter Hand (b760), ausgehend von Bandscheibenproblematik – nach Spritzenbehandlung aktuell fast schmerzfrei</li> <li>+ Psychisch stabil (b1263), optimistisch (b1265)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten während akuter Phase, aktuell geringe Beeinträchtigung (schwer heben (d430), schwere Fälle pflegen)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigungen bei Hausarbeit in akuter Phase (d640)</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 12 Wo AU im letzten Jahr (3 Wo Schilddrüsen-OP + 7 Wo wg. Bandscheibenvorfall), aktuell keine AU (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigung</li> </ul>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Teilzeit (positiv bewertet: Work-Life-Balance, alters-/leidensgerecht) (e590)</li> <li>+ Gutes Arbeitsklima: gutes Verhältnis zu KollegInnen u. Vorgesetzten (eigene Tochter ist stellv. Chefin); Verständnis, Rücksicht u. Unterstützung bzgl. Erkrankung (eingeschränkter Arbeitseinsatz ermöglicht: keine schweren Fälle) (e325, e330)</li> <li>+ Kein Zeitdruck wie in privaten Pflegediensten (e590)</li> <li>- Viele Zwangshaltungen (e590)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Intakte Familie, gegenseitige Unterstützung (Mehrgenerationenhaus mit den Familien zweier ihrer Kinder) (e310, e315)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Spritzen Therapie vor Reha (e5800/e1101); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>56 J., weiblich, teilzeitbeschäftigt in ambulanter Pflege, verheiratet, 4 erwachsene Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Achtet auf ergonomische Bewegungen im Job</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Angemessene Selbstmedikation (Schmerzmittel) u. nach ärztlicher Verordnung</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Positiv denken, Gelassenheit</li> <li>+ Soziale Unterstützung suchen/annehmen</li> <li>+ Auch mal an sich denken, Zeit für sich nehmen, 'Nein' sagen</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>	

„Und ich hab eine Kortisonspritzenbehandlung gemacht, die mir sehr gut geholfen hat. Und bin auch fast schmerzfrei.“, „Ich bin schon wieder gesundgeschrieben. Bin auch schon wieder arbeitsfähig gewesen, drei Wochen. Aber mit Rücksicht meiner Dienststelle. Ich arbeite an der Diakonie, also da sind sie sehr zuvorkommend und ich hab dann den Abenddienst gefahren, der eben pflegerisch nicht so aufwendig ist. Und das hat ganz gut geklappt. Ich möchte natürlich wieder in die Pflege. (lacht) In die richtige Pflege.“, „I: [...] ein Mensch ja nicht nur aus Knochen und Haut besteht, sondern auch eine Psyche hat und viele Menschen haben da auch Beeinträchtigungen, die entweder zusätzlich hinzukommen oder durch die Krankheit bedingt sind. (Gibt's was?) bei Ihnen auch so psychische Aspekte? Nein. B: Nein, nein, nein. Ich hab ein stabiles Umfeld, also Familie, die einen immer stützt auch, nicht? Und wir leben in einem Mehrgenerationenhaus, also da ist sowieso immer der eine für den anderen da und das passt eigentlich richtig, richtig gut.“, „Ich mein gut, solange wie ein Mensch gefordert wird wächst er, ne? (lacht) Muss man immer positiv sehen“



**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"><li>- LWS (3 Bandscheibenvorfälle innerhalb der letzten 8 Mo; alle operiert) (s76002, s120)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Taubheit im rechten Bein, bis in die Zehen (ausgehend von Bandscheibenproblematik) (b2702)</li><li>+ Akt. schmerzfrei (b280)</li><li>- Nach 3. Vorfall/OP: emotional/psychisch am Boden u. demotiviert (b152) (inzw. überwunden), Angst vor 4. BS-Vorfall/Versteifung (Ängste inzw. geringer)</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Akut starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten (d8451)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung von Aktivitäten im Alltag, bei Haus-, Gartenarbeit, Heimwerken (d640/d650) sowie bei Freizeitaktivitäten, Sport (Fitness, Radfahren, Skaten) Hobbies (Motorrad) (d920), akut/während Ruhephasen nach OPs + danach bedingt durch FAB</li></ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 23 Wo AU im letzten Jahr, aktuell AU, RTW nach Reha geplant (d850, d845)</li><li>- Beeinträchtigung nebenberuflicher Tätigkeit als Torwart-trainer (d850, 845)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobby, Sport (d920)</li></ul>
Umweltfaktoren	Personenfaktoren		
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Keine belastenden psychosozialen Belastungen: Verständnis, Rücksicht u. Unterstützung seitens KollegInnen u. Vorgesetzten (e325, e330)</li><li>+ Körperliche Anforderungen: eingeschränkter/leidensgerechter Arbeitseinsatz ermöglicht; Wiedereingliederung bereits mit Vorgesetzten besprochen/geplant (e590)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Unterstützung seitens Familie (e310)</li><li>+ verständnisvolle, unterstützende Fußballkollegen (vertreten ihn als Trainer (e320))</li></ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>3 Bandscheiben-OP's und KG vor der Reha (e5800); unterstützendes Korsett nach 3. OP (e1201); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>54 J., männlich, gelernter Werkzeugmacher u. Informatiker, vollzeitbeschäftigt in der Entwicklung/Konstruktion von PC-Anlagen bei einem IT-Zulieferer, verheiratet, 3 erwachsene Söhne</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Viel Bewegung und Sport</li></ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- FAB: große Bewegungsangst → Angst vor 4. Bandscheibenvorfall u. dann evtl. anstehender Versteifung → Ängste jedoch bereits durch Krankengymnastik u. Reha verbessert</li></ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hat bei Problemen Tendenz zunächst „zusammenzuklappen“, die Probleme dann aber anzugehen</li></ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose</li></ul>		
<p>„Ich hatte immer die Befürchtung: „Oh man, irgendeine falsche Bewegung und du liegst wieder da, hast du den vierten Bandscheibenvorfall.“, „I: Hinsichtlich Wiedereinstieg in den Beruf, haben Sie da irgendwelche Zweifel, Ängste, Sorgen? B: Nee, im Gegenteil. Mein erstes Gespräch, was ich hier hatte, ich habe gelesen, dass hier eben drei Wochen vorgesehen sind zur Reha mit Verlängerungswoche. Und ich habe direkt gesagt, ich möchte keine vierte Woche machen. Ich möchte wieder arbeiten. Mir macht die Arbeit Spaß. Ich hab super Arbeitsbedingungen. Hat ja nicht jeder. Und ich kann meine Arbeit, so gestalten, wie ich es möchte. [...] Schwere Sachen heben und dergleichen, ist auch alles schon abgesprochen.“</p>			

## 7.1.2 Typisierte Problemlagebeschreibungen – MBOR-Problemlagen

MBOR funktional	
INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Keine psychische Komorbidität von Krankheitswert</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelgradige bis stärkere Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen</li> <li>- Hohe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung; mittlerer Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Mittlerer bis höherer psychischer Leidensdruck, geringe Beeinträchtigung der psychischen Energie und des Antriebs sowie der Spannweite von Emotionen, keine Resignation</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigungen von Aktivitäten v. a. im Berufs-, aber auch im Privatleben (t. w. durch Fear Avoidance Beliefs (Überzeugung, schmerzhafte Aktivitäten verursachen eine Verschlimmerung der Beschwerden und müssten daher vermieden werden) verstärkt und subjektiv überschätzt)</li> <li>- Verminderte erwerbsbezogene Teilhabe (Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage: hohe und/ oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit, unklare/negative subjektive Erwerbsprognose); gefährdete bis bereits verminderte Teilhabe an weiteren zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiv keine bis wenig psychosoziale Belastungen und gute Ressourcen im privaten wie im beruflichen Bereich wahrgenommen/beschrieben (z. B. soziale Unterstützung privat wie beruflich, finanziell-materielle Sicherheit)</li> <li>- Eine entscheidende Barriere/Belastung stellt jedoch die (subjektiv aufgrund von Fear Avoidance Beliefs evtl. auch überschätzte) Diskrepanz zw. körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz und vorhandenen Fähigkeiten dar</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen (insb. Schmerzvermeidungsverhalten aufgrund von Fear Avoidance Beliefs, mitunter im Wechsel mit Durchhalteverhalten)</li> <li>- Gute Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen</li> <li>- Günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster</li> <li>- Keine berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Balance</li> <li>- Unklare/negative subjektive Erwerbsprognose (PatientInnen sind sich unsicher, wie berufl. Zukunft aussieht: „Was kann ich noch?“)</li> </ul>

## KURZBESCHREIBUNG

Der typische ‚MBOR funktional‘ Fall kennzeichnet sich durch mittelgradige bis stärkere körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Privat wie beruflich liegen keine bis geringere psychosoziale Belastungen vor (meist keine belastenden Konflikte in der Familie, im Freundes-/Bekanntenkreis, mit Vorgesetzten und/oder KollegInnen; keine/kaum psychosozial überfordernde Arbeitsbedingungen etc.). Eine entscheidende psychosoziale Belastung ergibt sich jedoch aus der (subjektiv aufgrund von Fear Avoidance Beliefs häufig auch überschätzten) Diskrepanz zwischen den körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz sowie dem Wunsch nach gewohnten Aktivitäten im Privatleben einerseits und vorhandenen körperlichen Fähigkeiten andererseits, den sich daran anschließenden Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen in Erwerbs- und Privatleben sowie der Ungewissheit, wie es gesundheitlich und damit vor allen auch beruflich weitergeht. Hieraus ergibt sich ein mittlerer bis stärkerer psychischer Leidensdruck. Während der typische ‚MBOR funktional‘ Fall über grundsätzlich gute Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen sowie zumeist auch über günstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (wie maßvolle Verausgabungsbereitschaft, gute Distanzierungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, geringe Resignationstendenz) verfügt, weist er deutlich maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungsstrategien auf. Insbesondere Fear Avoidance Beliefs führen (mitunter im Wechsel oder nach einer Phase von Durchhalteverhalten) zu Schmerzvermeidungs- und Schonungsverhalten. Die Schmerzchronifizierung ist in der Folge bereits weiter vorangeschritten; die subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung fällt hoch bis sehr hoch aus. Der typische ‚MBOR funktional‘ Fall kennzeichnet sich neben hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten, häufig durch eine unklare bis negative subjektive Erwerbsprognose. Dabei wird dann oftmals nicht nur die Rückkehr an den Arbeitsplatz in Frage gestellt, sondern auch die Rückkehr in den erlernten/ausgeübten Beruf im Allgemeinen. Damit verbunden sind Überlegungen, welcher beruflichen Tätigkeit mit dem vorliegenden Gesundheitsproblem überhaupt noch nachgegangen werden kann. Von der Reha erwartet sich der typische ‚MBOR funktional‘ Fall daher vor allem auch eine Klärung der beruflichen Zukunft. Dies gilt auch für die funktionalen MBOR Fälle, die sehr gern an ihren Arbeitsplatz/in ihren Beruf zurückkehren wollen, d. h. eine grundlegend positive subjektive Erwerbsprognose aufweisen, aber ebenfalls nicht wissen, ob dies gesundheitlich möglich ist. Unterschieden werden können hier, je nachdem ob sich im Rehaverlauf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. in den erlernten oder ausgeübten Beruf als machbar oder nicht heraus-stellt, MBOR Stufe B und MBOR Stufe C Fälle.

## ZUWEISUNGS- UND BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Zuweisungsempfehlung: Medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation
- Behandlungsempfehlung: Berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], Arbeitsplatztraining [MBOR-Anforderungsprofil], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Patientenschulung chronischer Rückenschmerz (Rückenschule) [Reha-Therapiestandards: ETM 04], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Berufsbezogene Gruppe zur beruflichen Situation [MBOR-

Anforderungsprofil], Schmerzbewältigungstraining (vertiefend) [Reha-Therapiestandards: ETM 08], lösungsorientiertes Achtsamkeitstraining/grundständige Stressbewältigung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Vermittlung von Entspannungstechniken [Reha-Therapiestandards: ETM 05/07], sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Anleitung zum Eigentraining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: Belastungserprobung, Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil]

FALLBEISPIELE (*siehe nachfolgende Fallvignetten: K1-MBOR-m1, K2-OR-m3*)

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, I10-I15, L20

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"><li>- HWS (Bandscheibenvorfall) (s76000, s120)</li><li>- Haut (Neurodermitis) (s8102, s8104)</li></ul> <p>(früher: Grübeln über Arbeitstag, derzeit: schmerzbedingt) (b134)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Herz-/Kreislauf-Beschwerden (Bluthochdruck (b4200), Kurzatmigkeit (b460))</li><li>- Auffällige Blutwerte (Verdacht auf Diabetes) (b5401)</li><li>- Juckreiz (Neurodermitis) (b840)</li><li>- Antriebslosigkeit (b130)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rückenschmerzen (b28013)</li><li>- Belastungshängige Knie-schmerzen (b28016)</li><li>- Schlafstörungen</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: kein Hocken (d4101/51), langes Stehen (d4154), in Schaltschränke Kriechen (d455), über Kopf arbeiten (d445), schwer Heben (d430), kann nicht mehr so zügig u. länger am Stück arbeiten (d845)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Starke Beeinträchtigung von Aktivitäten im Alltag: Duschen (d5101), Treppen steigen (d4551), Getränkekisten tragen (d430), länger Stehen u. Gehen (d4154, d4501) sowie in Freizeit/Hobby: Heimwerken (d650), Museumsbesuche (d9202); Auto u. Trikefahren noch möglich (d9204)</li></ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kündigung zum 31.7.13, aktuell AU seit 5.9.12 (~ 6 Mo AU im letzten Jahr) (d850, d845)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobby, Kultur (d920)</li></ul>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Jahrzehntlang sehr gutes Arbeitsklima (gutes Verhältnis zu Seniorchef u. -chefin), keine belastenden psychosoz. Anforderungen (e330); Juniorchef hatte jedoch irgendwann kein Verständnis mehr für eingeschränkte Leistungsfähigkeit u. AU (e330)</li><li>- einziger Elektriker in der Firma (keine Vertretungsmöglichkeit/Unterstützung) (e590)</li><li>- Körperl. Anforderungen: viele Zwangshaltungen (Bücken, Kriechen, über Kopf arbeiten), schwer Heben (e590)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Emotionale u. instrumentelle Unterstützung seitens Ehefrau u. Söhnen (e310)</li><li>+ Gute soziale Einbindung: Freunde, Bekannte, Nachbarn (e320, e325)</li><li>+ Finanziell abgesichert (e165)</li></ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kostet viel Selbstüberwindung u. -motivation, sich aufzuraffen (wg. FAB u. Antriebslosigkeit)</li><li>- Zeitweise Schmerzmittel u. Alkohol gegen Schmerzen; leidet psychisch unter seiner Situation</li><li>+ Will sich Lebensfreude nicht nehmen lassen, versucht Situation als temporäre anzusehen → keine Resignation; Reha als Chance</li></ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Eigentlich vorhandene Bewältigungskompetenzen zunehmend überfordert</li></ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Kennzeichen der AVEM-Muster G u. A, keine Gratifikationskrise (bzw. erst zum Ende hin → einerseits Verständnis, andererseits Enttäuschung über Kündigung), unklare subjektive Erwerbsprognose: „Was kann ich noch?“</li></ul>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>53 J., männlich, zuletzt als Elektromeister voll zeitbeschäftigt in metallverarbeitendem Betrieb, verheiratet, 2 im Haushalt lebende Söhne</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Starke Gewichtszunahme (60kg) während AU</li><li>- Mangelnde Bewegung; zeitweise Medikamenten- u. Alkoholmissbrauch</li></ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Zunächst Verdrängung d. Beschwerden, Endurance-Verhalten → Ehefrau schickt ihn zum Arzt; dann FAB u. Schonungsverhalten; zunehmende Passivität</li></ul>	
<p>„Ich habe immer wenn es weh tat, aufgehört, weil ich Angst hatte, da geht noch mehr kaputt.“, „[...] was wird, wenn ich wieder so weit wieder hergestellt bin, dass ich arbeiten kann? Dass ich das, was ich mal gemacht habe, nicht mehr hintereinander kriegen werde, das ist mir schon klar. Aber ich suche auch im Augenblick noch nach nichts. [...] dann irgendwo mich auf einen Beruf zu freuen oder mich festlegen, um hinterher festzustellen, das geht doch nicht [...] Dann erst mal gucken, wie weit werde ich jetzt so therapiert.“</p>			

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, K29

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (3 Bandscheibenvorfälle in 25 J., im Aug. `12 versteift bis zum 3. Wirbel, Facettenreizsyndrom) (s76002, s120)</li> <li>- Magen (chron. Gastritis) (s530)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen, insb. bei Belastung (b28013)</li> <li>- Schmerzbedingte Schlafprobleme (b134)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Stehen (d4154), langes Sitzen (d4153)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung von Aktivitäten im Alltag: Schlafen (langes Liegen) (d4150), Kochen (langes Stehen) (d4154), Autofahren (langes Sitzen) (d4153) sowie in Freizeit/Hobby: Gartenarbeit (d6505), Akkordeon spielen (d430/d9204)</li> </ul> <b>Übergreifend</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit 40 Wo (d850, d845)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobby, Kultur (d920)</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperl. Anforderungen: Tätigkeiten mit langem Sitzen o. Stehen, t. w. Zwangshaltungen (Abfüllen u. Verpacken verschiedener Stoffe) (e590)</li> <li>+ Gutes Arbeitsklima (seit fast 30 J. in der Firma, ist selbst Schwerbehindertenvertrauensmann → keine belastenden psychosoz. Anforderungen) (e325)</li> <li>+ Firma ist ‚sozial eingestellt‘ → dadurch keine finanziellen Einbußen während gesamter AU (e5902, e165); bald droht jedoch Aussteuerung u. damit finanzielle Verschlechterung (ALG I/II) (e165)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Unterstützung durch Lebensgefährtin (e310)</li> </ul> <b>Gesundheitsbezogen</b> <p>Operationen nach ersten beiden Bandscheibenvorfällen; Spritzen- und Schmerzmittel (e5800/e1101) nach 3. Vorfall; im Aug. 2012 dann Versteifung der LWS bis zum 3. Wirbel; weitere Versteifung geplant, wenn nach Reha keine Besserung (e5800); aktuelle Reha = mind. 2. Reha (e5800)</p>	<b>Soziodemographie</b> <p>53 J., männlich, vollzeitbeschäftigt als Industriemeister Chemie (zudem gelernter Zimmerer) in gr. Chemiekonzern, in Lebenspartnerschaft, 3 Kinder aus 1. Ehe (kein Kontakt), Partnerin hat 1 Tochter aus vorheriger Beziehung</p> <b>Gesundheitsverhalten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergewicht</li> </ul> <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wachsende Unsicherheit/Sorgen, wie es gesundheitlich weitergeht</li> <li>+ Coping: sich im Internet informieren, bei Gartenarbeit nachdenken, mit Partnerin reden, Witze machen/positiv denken</li> <li>- FAB u. Schonungsverhalten</li> </ul> <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wachsende Sorgen/Unsicherheit wie es beruflich weitergeht; finanzielle Sorgen</li> <li>+ Coping: bei Gartenarbeit nachdenken, mit Partnerin reden, Witze machen/positiv denken, sich informieren</li> <li>+ Keine Resignation</li> </ul> <b>AVEM, ERI, SPE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, unklare subjektive Erwerbsprognose: „Was kann ich noch?“</li> </ul>

„Natürlich möchte ich noch ein bisschen arbeiten, aber wenn ich nicht kann, kann ich nicht mehr.“, „Jetzt habe ich schon drei operierte Dinger weggesteckt, jetzt habe ich das vierte und es wird nicht. Vielleicht muss ich noch geduldiger werden, aber die Gedanken kommen jetzt so langsam. Was mache ich? Ende des Jahres [...] kriege ich kein Krankengeld mehr, ne? Und keiner weiß, oder keiner macht was. Noch mal operieren? [...] Fragst du drei Leute, hast du drei Meinungen. [...] Könnte ich mich drauf einlassen, okay, schneiden wir mal kurz auf [...] versteifen wir noch. Aber, ob es dann besser wird. Wie lange soll das noch gehen? Und dann kommen einem die Gedanken, ne? [...] kriegst du jetzt Rente? Wie viel? Komme ich hin?“



<b>MBOR psychosozial</b>	
<b>INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN</b>	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Psychodiagnostisch leicht auffällig, jedoch keine psychische Komorbidität von Krankheitswert</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelgradige bis stärkere Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen</li> <li>- Hohe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung; mittlerer Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Hoher psychischer Leidensdruck, stärkere Beeinträchtigung der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Berufs-, aber auch im Privatleben (t. w. durch Fear Avoidance Beliefs verstärkt und subjektiv überschätzt)</li> <li>- Verminderte erwerbsbezogene Teilhabe (Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage: hohe und/oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit, unklare/negative subjektive Erwerbsprognose), gefährdete bis bereits verminderte Teilhabe an weiteren zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiv wenig Ressourcen im privaten wie im beruflichen Bereich <i>und</i> stärkere bis starke berufliche (und private) psychosoziale Belastungen (z. B. Mehrfachbelastung durch Job, Haus- und Sorgearbeit, finanziell-materielle Sorgen) wahrgenommen/beschrieben</li> <li>- Körperliche und psychosoziale Anforderungen am Arbeitsplatz stehen in Diskrepanz zu vorhandenen Fähigkeiten (Diskrepanz in körperlicher Hinsicht subjektiv aufgrund von Fear Avoidance Beliefs evtl. überschätzt)</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen (Schmerzvermeidungsverhalten aufgrund von Fear Avoidance Beliefs sowie Durchhalteverhalten aufgrund von Existenzängsten)</li> <li>- Maladaptive Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen</li> <li>- Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster</li> <li>- Berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Imbalance</li> <li>- Unklare/negative subjektive Erwerbsprognose (PatientInnen sind sich unsicher, wie berufl. Zukunft aussieht: „Was kann und will ich noch?“)</li> </ul>

## KURZBESCHREIBUNG

Der typische ‚MBOR psychosozial‘ Fall kennzeichnet sich durch mittelgradige bis stärkere körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Zwar liegt keine psychische Komorbidität von Krankheitswert vor, dennoch zeigen sich auch erste Schädigungen von psychologischen Körperfunktionen, wie beispielsweise eine eingeschränkte Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit) und/oder eine Verminderung der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), was sich ggf. auch in auffälligen psychodiagnostischen Ergebnissen niederschlagen kann. Als ursächlich für den vorliegenden hohen psychischen Leidensdruck beschreibt der typische ‚MBOR psychosozial‘ Fall neben dem vorliegenden Gesundheitsproblem, einer hohen subjektiven Schmerzintensität sowie dadurch bedingten Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen in Erwerbs- und Berufsleben, vor allem psychosoziale Belastungen aus dem beruflichen, teilweise aber zusätzlich auch aus dem privaten, Umfeld. In beruflicher Hinsicht kommen zur Überforderung aufgrund von Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und Überstunden, nicht selten Konflikte mit Vorgesetzten und/oder KollegInnen (darunter t. w. Mobbingssituationen). Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (wie hohe Verausgabungsbereitschaft, hohes Perfektionsstreben, geringe Distanzierungsfähigkeit, verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, starke Resignationstendenz) sowie maladaptive Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien verschärfen die berufliche Situation dabei oftmals zusätzlich. Häufig erlebt der ‚MBOR psychosozial‘ Fall in seinem/ihrem Job auch ein Ungleichgewicht zwischen der eigenen Verausgabung und der erhaltenen Belohnung, befindet sich mithin in einer sogenannten Gratifikationskrise. Im privaten Kontext können zusätzliche Belastungen durch zeit- und kraftraubende Sorgearbeit (Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige), eine finanziell angespannte Situation und/oder durch Konflikte im Familien- und/oder Freundes-/Bekanntenzirkel hinzutreten. Ferner kennzeichnet sich der typische MBOR psychosozial Fall durch maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungsstrategien. Neben Schmerzvermeidungs- und Schonungsverhalten aufgrund von Fear Avoidance Beliefs, ist vor allem (oftmals durch Schmerzmittel unterstütztes) Durchhalteverhalten charakteristisch, insbesondere wenn Existenzängste und/oder aus Sorgearbeit entstehende Verpflichtungen vorliegen. Da den beruflichen Anforderungen körperlich wie mental dennoch immer weniger nachgekommen werden kann (zunehmende Erschöpfung bei DurchhalterInnen), weist der typische ‚MBOR psychosozial‘ Fall hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auf. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz (und/oder in den erlernten/ausgeübten Beruf) wird häufig in Frage gestellt, zum einen wegen der wahrgenommenen (mitunter aufgrund von Fear Avoidance Beliefs überschätzten) Diskrepanz körperlicher Anforderungen und Fähigkeiten, zum anderen aber auch wegen der psychosozialen Belastungen, denen sich der typische ‚MBOR psychosozial‘ Fall nicht wieder aussetzen möchte (häufiger Wunsch nach einer Beschäftigung mit besseren Arbeitsbedingungen/besserem Arbeitsklima). Eine konkrete berufliche Alternative liegt zu Beginn der Reha dabei zumeist noch nicht vor, soll aber mit deren Hilfe eruiert werden. Unterschieden werden können hier, je nachdem ob sich im Reha-Verlauf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. in den erlernten oder ausgeübten Beruf als zu verfolgendes Ziel herausstellt oder nicht, MBOR Stufe B und MBOR Stufe C Fälle.



BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuweisungsempfehlung: Medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation</li> <li>- Behandlungsempfehlung: Berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], Arbeitsplatztraining [MBOR-Anforderungsprofil], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Patientenschulung chronischer Rückenschmerz (Rückenschule) [Reha-Therapiestandards: ETM 04], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Berufsbezogene Gruppe zu Konflikten und Stress am Arbeitsplatz [MBOR-Anforderungsprofil]/Stressbewältigung (vertiefend) [Reha-Therapiestandards: ETM 05], soziales Kompetenztraining [MBOR-Anforderungsprofil], Schmerzbewältigungstraining (vertiefend) [Reha-Therapiestandards: ETM 08], Entspannungstraining [Reha-Therapiestandards: ETM 05/07], sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Anleitung zum Eigentraining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: Belastungserprobung, Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil], psychologische Beratung/Therapie [Therapiestandards: ETM 06]</li> </ul>
<p>FALLBEISPIELE (<i>siehe nachfolgende Fallvignetten: K1-MBOR-w1, K1-MBOR-w3, K2-OR-m1, K1-VMO-w3</i>)</p>

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, G56.0

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HWS (Bandscheibenvorfall) (s76000, s120)</li> <li>- LWS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li> <li>- Hände (Karpaltunnelsyndrom, Verschlimmerung d. Beschwerden nach OP) (s7302)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013)</li> <li>- belastungsabhängige Kopfschmerzen (b28010)</li> <li>- Schlafstörungen (schmerzbedingt, Grübeln über Arbeitstag) (b134)</li> <li>- Psychischer Leidensdruck, ausgelagt/erschöpft, häufig niedergeschlagen (b126, b130, b152)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: alle Akt., mit Beugen (d4105), Hocken/Knien (d4101/2), (Feinmotor.) Handgebrauch (d440), z. B. Strümpfe anziehen, Verbände machen, Blutzuckertests, Bewegung v. PatientInnen</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung von Aktivitäten im Alltag: langes Sitzen (d4153), langes Gehen (d4501), schwer Heben u. Tragen (d430)</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit Okt. 2012 (~5 Mo) (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Kultur (d920) u. soziales Leben (d750/d9205)</li> </ul>

**Umweltfaktoren**

**Beruf**

- Hohe körperliche Anforderungen: viele Zwangshaltungen (Bücken, Hocken, Beugen), t. w. schwere Arbeiten (Bewegung v. PatientInnen) (e590)
- Belastende psychosoziale Anforderungen: Zeitdruck vs. Bedürfnisse der PatientInnen (e590)
- Schlechte Arbeitsbedingungen u. Arbeitsklima: Teildienste, häufig unbezahlte Überstunden u. zusätzliche Schichten, keine Zulagen für Schicht- o. Feiertagsarbeit, Probleme bei der Genehmigung v. Urlaub, Gehaltserhöhung erst auf Eigeninitiative, Benachteiligung gegenüber neuen, jungen KollegInnen, Konflikte mit Vorgesetzten (e590, e330)

**Privatleben**

- Alleinerziehend (geschieden) (e310)
- Pflege der im Haushalt lebenden pflegebedürftigen Oma (e310)
- Mehrfachbelastung (Job, Tochter, Oma, Haushalt) + körperl. Beschwerden schränken Zeit für sich selbst stark ein

**Gesundheitsbezogen**

Beschwerden bisher mit Schmerzmittel u. Spritzen (e5800/e1101) behandelt; aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)

**Personenfaktoren**

**Soziodemographie**

41 J., weiblich, vollzeitbeschäftigt in mobiler Altenpflege, geschieden, allein lebend, 1 Tochter

**Gesundheitsverhalten**

- Übergewicht

**Schmerz-/Krankheitsbewältigung**

- Schmerzmittel u. Spritzen gegen Beschwerden (um weiter zu funktionieren u. den Tag zu überstehen) → Durchhalterin/Endurance-Verhalten; will Beschwerden in Reha nachhaltiger angehen (Reha = Chance)
- + Keine Resignation

**Stress-/Konfliktbewältigung**

- Kann sich nicht ausreichend abgrenzen, 'Nein' sagen; den beruflichen u. privaten Stress nicht abbauen; steht Konflikten mit Vorgesetzten eher ohnmächtig gegenüber

**AVEM, ERI, SPE**

- Kennzeichen des AVEM-Muster A, Gratifikationskrise, unklare subjektive Erwerbsprognose: „Was kann u. will ich noch?“

„Oder: ‚Bringen Sie mal den Müll runter.‘ Sind wir nicht für zuständig, ne? Und das verstehen die Leute nicht. Und dann habe ich schon wieder so eine innerliche Wut, weil ich denen das recht machen möchte, kann es ihnen aber nicht erklären, dass wir das nicht dürfen. Weil das geht von der Zeit des nächsten ab.“, „Weil es bringt auch nichts mit denen [Vorgesetzte] zu reden. Weil die Recht haben, ne? Die haben einfach Recht. Und Schluss.“, „Man ist ja immer wieder in denselben Zwangshaltungen drin.“, „Allerdings hat mein Orthopäde gesagt, ich sollte mir was anderes suchen, weil in meinem Job kann ich nicht bis zur Rente kommen. Jetzt stehe ich erst mal da. Muss ich gucken, ob ich nach der Reha umschulen muss.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M17

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (s76002)</li> <li>- Schulterbereich (s720)</li> <li>- Knie (Arthrose) (rechts bereits operiert, keine Besserung) (s75011)</li> <li>- Hand (operiert) (s7302)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (Schultern, LWS) (b28013)</li> <li>- Eingeschränkte Belastbarkeit u. Beweglichkeit d. Knie (b710), Dauerschmerz seit 2 J. (b28016)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: Treppen steigen (d4551), Versorgung v. PatientInnen (körperl. wie psychisch → Mangel an Gelassenheit) (d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung von Aktivitäten im Alltag: Aktivitäten, bei denen Knie zu beugen sind (z. B. Waschmaschine ein- u. ausräumen, Schränke auswaschen) (d4101/2, d4151/2)</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit Apr. 2012 (~11 Mo) (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobbies (d920)</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe körperliche Anforderungen: Versorgung der PatientInnen, ständiges Treppen steigen (verantwortlich für 5 Etagen) (e590)</li> <li>- Belastende psychosoz. Anforderungen: als leitende Schwester hohe Verantwortung, schlechtes Arbeitsklima unter den weibl. KollegInnen (e590, e325)</li> <li>- Schlechte Arbeitsbedingungen: durch niedrigen Personalschlüssel hohes APensum, keine 2. Hand/Hilfe (e590)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Kind vom Vater missbraucht (e310)</li> <li>- Scheidung vom 1. Ehemann: betrog sie mit bester Freundin (e310, e320)</li> <li>- 2. Ehemann schwer erkrankt: Frage der Zeit, bis er pflegebedürftig wird (e310)</li> <li>+ Gutes Verhältnis zum erw. Sohn und zu eigenen Geschwistern; Unterstützung seitens Enkelin u. Bruder des Mannes, seitens Nachbarn u. Freundinnen/Bekannten (e310, e315, e320, e325)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 2. Reha (e5800), PS-Reha 2004 (e5800)</p>	<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>53 J., weiblich, vollzeitbeschäftigte (1 Wo voll, 1 Wo frei) als stationsleitende Altenpflegerin in Nachtwache (bis 2005 im Tagesdienst) (zudem gelernte Friseurin), verheiratet, 1 Sohn aus 1.Ehe</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergewichtig, kein Sport</li> <li>+ Kein Nikotin, kein Alkohol</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leidet sehr unter dem Dauerschmerz, erhofft sich durch Reha Reduktion auf erträgl. Maß → bislang: Schmerzmittel, Schonverhalten</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernte in PS-Reha Trauma- u. Stressbewältigungsstrategien → Strategien klappen immer weniger, da ihre Schmerzen sie zu viel Energie kosten (Einleitung langfristiger ambulanter psycholog. Betreuung hält sie für sinnvoll)</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen des AVEM-Muster A (nach PS-Reha vorübergehend G), Gratifikationskrise?, unklare subjektive Erwerbsprognose: „Was kann u. will ich noch?“</li> </ul>

„Im Grunde genommen, kann ich meine beruflichen Sachen nicht mehr machen. Ich kann weder runter, weder rauf, weder Transfers machen.“, „Ich hatte 600 Überstunden. Ich war ständig da und habe mich für alles verantwortlich gefühlt.“, „Das Personal ist so weit runterreduziert worden. Und dieser, wenn Frauen untereinander arbeiten, ne? [...] diese Sticheleien hinter dem Rücken.“, „Für mich steht fest [...] geht überhaupt nicht. Jetzt nicht nur vom körperlichen, sondern auch von... Allein der Gedanke lässt mich jetzt schon nicht mehr schlafen.“, „Ich habe schon innerlich damit abgeschlossen. [...] Aber was ich jetzt so direkt machen will, das weiß ich nicht. Das hoffe ich durch das Gespräch vielleicht noch, dass ich da andere Perspektiven noch (...?) mir so aufzeigen kann oder so, ne? I: Reha-Beratung? B:Ja.“

### Gesundheitsproblem ICD-10

M40-M54, M77, K25

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS/Spinal-Kanal (s76002, s7600, s120)</li> <li>- Arm (Epicondylitis) (s730)</li> <li>- Magen (Geschwüre) (s530)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (unterer Rückenbereich, Steißbein, Hüfte; ins Bein ziehend) (b28013, b28015)</li> <li>- Schmerzen im Arm (b28014)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: Aktiv. mit langem Sitzen (d4153) (Auto-fahren, Rasen-tractor (d470)), schweres Heben/ Tragen (d430), gebeugtes Arbeiten (d4105)</li> <li>- Aufgabe neben-beruflicher Tätigkeit (Waldarbeit) – nötige Aktiv. nicht mehr möglich (d845)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit 16 Wo (d850, d845)</li> <li>- Aufgabe neben-beruflicher Tätigkeit (d850, d845)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobby (d920) u. soziales Leben (d750/d9205)</li> </ul>

### Umweltfaktoren

<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Teilzeitstelle (6h/Tag) → derzeit aber selbst dies schwer/nicht zu schaffen (e590)</li> <li>- Hohe körperliche Anforderungen: Lange Fahrstrecken (nach Absprache mit Chef bereits reduziert), Pflege v. Häusern/Außenanlagen, Reparaturen, etc. (e590)</li> <li>+ Verständnis seitens Chef hinsichtl. eingeschränkter Leistungsfähigkeit → hat jedoch kürzlich neuen MA eingestellt, weil zu viel Arbeit liegen bleibt (Droht Kündigung?) (e325)</li> <li>- Psychosoziale Belastung durch körperlich nicht zu bewältigende Arbeitsanforderungen, Angst vor Kündigung (e590)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztemarathon, unterschdl. Behandlungsempfehlungen u. Risikoabschätzungen (e355)</li> <li>- Trennung v. Ehefrau, Auszug aus Haus (e310) → Umzug in abgelegenes Häuschen = Rückzugsort (Ruhe vs. soz. Isolation)</li> <li>+ Aber: weiterhin gutes Verhältnis zur Ehefrau, regelmäßiger Kontakt zu u. Unterstützung seitens Ehefrau, Sohn u. Mutter (e310)</li> <li>- Schwiegereltern haben wg. Trennung Kontakt zu ihm abgebrochen (e315)</li> <li>- Im Freundes-/Bekanntekreis oft kein Verständnis für frühes Verlassen v. Feiern etc.: setzen ihn unter Rechtfertigungszwang (e320)</li> <li>- Finanz. angespannte Situation, Angst weiterer Verschlechterung (e165)</li> </ul> <b>Gesundheitsbezogen:</b> OPs an Rücken u. Arm (e5800); Schmerz- u. Beruhigungsmittel (e1101); aktuelle Reha = 2. Reha (e5800)
--

### Personenfaktoren

<b>Soziodemographie</b> <p>52 J., männlich, 6h/Tag als Hausmeister tätig (gelernter Maurer), verheiratet, getrennt lebend, 1 Sohn</p> <b>Gesundheitsverhalten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nikotin, + kein Alkohol</li> </ul> <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ängste bzgl. Lähmungsrisiko bei OP der Spinal-Kanal-Stenose; große Unsicherheit wie es gesundheitlich weiter geht</li> <li>- Bei Schmerzen: Schonungshaltungen u. gegensteuernde Aktivitäten (Dehnen, Recken, Strecken, Spazieren)</li> </ul> <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialer Rückzug (will Ruhe, sich nicht rechtfertigen, wenn er früher geht)</li> <li>- Grübelt viel, wie es gesundheitl. u. berufl. weiter geht, finanz. Sorgen</li> <li>+ Keine Resignation</li> <li>+ Einnahme v. Schmerz- u. Beruhigungsmittel nach Verordnung</li> </ul> <b>AVEM, ERI, SPE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen der AVEM-Muster A &amp; G, keine Gratifikationskrise, unklare subjektive Erwerbsprognose: „Was kann ich noch?“</li> </ul>
--

„Mein Chef, der füttert mich durch, obwohl ich nicht mehr die Leistung als Hausmeister bringe, schon lange nicht mehr, die ich eigentlich bringen müsste. Der hat mich schon auf sechs Stunden eingestellt, sonst hätte ich, weiß ich nicht, wo anfangen können“; „Es (ist?) ein Neuer eingestellt und dann weiß man ja, was kommt.“; „Das heißt den Job werde ich über kurz oder lang los.“; „Überhaupt keine Aussichten, keine Perspektive. Wie gesagt, mit der Rente oder Teilarbeit, drei oder vier Stunden, das wäre vielleicht noch eine Möglichkeit, aber wo?“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, I10-I15, I80

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"><li>- LWS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li><li>- Ischias (eingeklemmt) (s120)</li><li>- HWS (s76000)/Schultern (s720)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rückenschmerzen (im unteren u. oberen Rücken) (b28013), ausstrahlend über Gesäß in Beine u. Füße (s28015), dort:</li></ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Büro (d4153), Stehen (d4154) u. Gehen (d4501), schweres Heben/Tragen (d430), gebeugtes Arbeiten (Tische ein-/abdecken) (d4105), Treppen steigen (d4551)</li></ul> <p><b>Privatleben:</b> Starke Beeinträchtigungen v. Aktiv. im Alltag (Auto-/Radfahren (d470), Bummeln (d4501), Einkäufe tragen (d430), aufstehen (d4103)), v. Sport (Reha-Sport, Yoga, Pilates) (d9201); Beeinträchtigung soz. Aktivitäten (d750, d9205)</p> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit 8 Mo (d850, d845)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobby, Sport (d920) u. soziales Leben (d750/d9205)</li></ul>
<b>Umweltfaktoren</b>		<b>Personenfaktoren</b>	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hohe körperliche Anforderungen: viele Zwangshaltungen, t. w. körperlich schwere Arbeit (Koffer, Kisten tragen) (e590)</li><li>- Belastende psychosoziale Anforderungen: hohes Arbeitspensum (vielfältige, parallel anfallende Aufgaben), Zeitdruck, Überstunden, hohe Verantwortung, Konflikt mit Chef (keine Unterstützung, redet rein – Macht-/Kompetenzgerangel), fordert immer nur, zeigt keine Dankbarkeit, Anerkennung; keine Rücksicht auf gesundheitl. Situation) (e590, e330)</li><li>+ Arbeitsinhalt = Erfüllung, Herausforderung, Freude (entspricht ihren Interessen u. Kompetenzen: Organisieren, Umgang mit Menschen, Gastgeben) (e590)</li><li>+ Anerkennung seitens Gäste (e398)</li></ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tod des Vaters im Januar 2012 (e310)</li><li>- Todesfall (e320) im Freundeskreis (e320) im August 2012</li><li>+ Regelmäßiger Kontakt zu entfernt lebenden Söhnen (Telefon, Skype) (e310)</li><li>+ eigenes kleines Haus in Waldlage (Ruhe, Entspannung), unweit Arbeitsplatz (e165)</li></ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Schmerztherapie (keine Besserung körperl. Beschwerden, Nebenwirkungen Medikamente (e5800/e1101) – daher abgebrochen); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>53 J., weiblich, Spätaussiedlerin (vor 33 J. immigriert), vollzeitbeschäftigt als Hauswirtschaftlerin in e. Pension (seit 20 J., gelernte Köchin), geschieden, allein lebend, 2 erwachsene Söhne</p> <p><b>Gesundheitsverhalten:</b> Kein Alkohol/Nikotin, bis Aug.12 Reha-Sport, Yoga, Pilates</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vermeiden schmerzhafter Bewegungen (FAB), führt Akt. dennoch durch (Endurance), dadurch Fehlhaltungen entwickelt</li><li>- Dachte anfangs gesundheitl. Probleme ließen sich mit Medikamenten lösen; inzwischen Aneignung Krankheitswissen; versucht geduldige Haltung/pos. Denken zu entwickeln</li></ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-/+ Nimmt Stress am A-Platz wahr, sieht ihn als Teil des Jobs, den sie liebt u. gerne ausführt; belastend empfindet sie d. Konflikt mit ihrem Chef</li><li>- Mangelnde Konfliktfähigkeit, versucht (stur) ihre Schiene zu fahren (kann sich nicht gut unterordnen, mit anderen abstimmen), kann sich gleichzeitig nicht abgrenzen (lässt sich zusätzl. Aufgaben aufladen/ lädt sich diese selbst auf, arbeitet sogar während AU; kann nicht abschalten, schläft im Büro)</li></ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kennzeichen des AVEM-Muster A, Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose (will zurück an Arbeitsplatz)</li></ul>	
<p>„Erzähle ich dem Chef, ich habe ja das Haus vor der Katastrophe gerettet. ‚Hättest du noch besser machen können‘. Also es ist keine Anerkennung, kein Lob.“, „Einerseits wäre es nicht mein Problem, weil ich bin auch angestellt und ich könnte auch sagen, ich gehe nur das machen, wofür ich hier bedacht bin und nicht, dass ich alles mache, was von Himmel fällt. Ja? Und alles mache, was nicht meine Aufgabe ist. Nur ich vermute, das ist meine Mentalität und meine Anerziehung.“</p>			



<b>MBOR funktional + psychosozial</b>	
INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Keine psychische Komorbidität von Krankheitswert</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelgradige Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen</li> <li>- Mittlere subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung; geringer Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Geringere Schädigungen psychologischer Körperfunktionen, Mittlerer psychischer Leidensdruck, keine Resignation</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Berufs-, aber auch im Privatleben</li> <li>- Verminderte erwerbsbezogene Teilhabe (Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage: hohe und/oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit, unklare/negative subjektive Erwerbsprognose); gefährdete bis bereits verminderte Teilhabe an weiteren zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiv gute Ressourcen im privaten (insb. soziale Unterstützung, aber auch finanziell-materielle Sicherheit) <i>und</i> mittlere psychosoziale Belastungen im beruflichen Bereich (z. B. Zeitdruck, hohes Arbeitspensum) wahrgenommen/ beschrieben</li> <li>- Körperliche und psychosoziale Anforderungen am Arbeitsplatz stehen in Diskrepanz zu vorhandenen Fähigkeiten</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ungünstigere Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen (Durchhalteverhalten (häufig hohe subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit), aber auch Schmerzvermeidungsverhalten (aufgrund von Fear Avoidance Beliefs))</li> <li>- Ungünstigere Stressbewältigungskompetenzen</li> <li>- Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster</li> <li>- Keine berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Balance</li> <li>- Unklare (aber grundlegend optimistische) subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>
KURZBESCHREIBUNG	
<p>Der typische ‚MBOR funktional + psychosozial‘ Fall kennzeichnet sich durch mittelgradige körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Im Unterschied zum typischen MBOR funktional und typischen ‚MBOR psychosozial‘ Fall weist er nur eine mittlere subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung sowie einen geringen Schmerzchronifizierungsgrad auf. Der psychische Leidensdruck fällt ebenfalls geringer aus.</p>	

Die Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenz sowie Stressbewältigungsstrategien sind ähnlich ungünstig wie beim typischen ‚MBOR psychosozial‘ Fall. Mit dem typischen ‚MBOR funktional‘ Fall teilt der typische ‚MBOR funktional + psychosozial‘ Fall die guten Ressourcen im privaten Umfeld (insb. soziale Unterstützung, aber auch finanziell-materielle Sicherheit). Ansonsten stellt der typische ‚MBOR funktional + psychosozial‘ Fall ein Mischtyp aus den anderen beiden MBOR Subgruppen insofern dar, als dass bei ihm sowohl eine funktional als auch eine psychosozial bedingte berufliche Problemlage besteht, beides jedoch in geringerer Schwere. So besteht zwischen den körperlichen und psychosozialen Anforderungen am Arbeitsplatz auf der einen und den vorhandenen Fähigkeiten auf der anderen Seite eine deutliche, aber im Vergleich zu den anderen MBOR Subgruppen weniger stark ausgeprägte Diskrepanz. Ferner liegen mittlere psychosoziale Belastungen vor, beispielsweise durch Zeitdruck und ein hohes Arbeitspensum. Konflikte mit Vorgesetzten und oder KollegInnen sind hingegen unüblich. Die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster sind häufig ungünstig (geringere Distanzierungsfähigkeit, Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und Problembewältigungskompetenz). Eine berufliche Gratifikationskrise liegt zumeist aber nicht vor. Hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine unklare, grundsätzlich aber optimistische subjektive Erwerbsprognose (optimistisch hinsichtlich der beruflichen Reintegration; unklar ob Rückkehr an den Arbeitsplatz, in den erlernten bzw. ausgeübten Beruf oder aber in einen anderen Job des allgemeinen Arbeitsmarktes) sind weitere Kennzeichen des typischen ‚MBOR funktional + psychosozial‘ Falls. Unterschieden werden können auch in dieser MBOR Subgruppe, je nachdem ob sich im Reha-Verlauf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. in den erlernten oder ausgeübten Beruf als machbar herausstellt oder nicht, MBOR Stufe B und MBOR Stufe C Fälle. Von der Reha erhofft sich der typische ‚MBOR funktional + psychosozial‘ Fall eine Besserung seiner körperlichen Beschwerden sowie das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien.

#### BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Zuweisungsempfehlung: Medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation
- Behandlungsempfehlung: Berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], Arbeitsplatztraining [MBOR-Anforderungsprofil], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Patientenschulung chronischer Rückenschmerz (Rückenschule) [Reha-Therapiestandards: ETM 04], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Berufsbezogene Gruppe zu Konflikten und Stress am Arbeitsplatz [MBOR-Anforderungsprofil]/Stressbewältigung (grundständig) [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Schmerzbewältigungstraining (grundständig) [Reha-Therapiestandards: ETM 08], Vermittlung von Entspannungstechniken [Reha-Therapiestandards: ETM 05/07], sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Anleitung zum Eigentraining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: Belastungserprobung, Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil]

FALLBEISPIELE (siehe nachfolgende Fallvignetten: K1-MBOR-w2, K2-MBOR-w2, K2-MBOR-w3)

MBOR funktional +  
psychosozial

K1-MBOR-w2 SIMBO: 53, PHQ-4: 5, UKS: SW: 2, SB: 1, PB: 1, BB: 1

### Gesundheitsproblem ICD-10

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013), ausstrahlend ins linke Bein (b28015)</li> <li>- Seit Sturz 2009 Schmerzen in u. eingeschränkte Fkt.-Fähigk. der rechten Hand (b760)</li> <li>- Emotionale Fkt.en (b130)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Büro (d4153), (auf PC-Tastatur) Schreiben (d440)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere Beeinträchtigung v. Aktivitäten im Alltag u. in der Freizeit: langes Sitzen (d4153) u. Stehen (d4154), gebeugte/gebückte Haltungen (d4105), Greifen (d440), Heben (d430); Beeinträchtigung soz. Aktivitäten</li> </ul> <p><b>Übergreifend</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Job zuletzt im weniger imstande, mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuell AU seit ~6 Mo bzw. AL (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit (d920) u. soziales Leben (d750/d9205)</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letzter Job war befristet (keine Gelder für Weiterbeschäftigung) (e590)</li> <li>- Körperliche Anforderungen: sitzende PC-/Bürotätigkeit (e590), Vollzeit</li> <li>- Psychosoziale Anforderungen: hohes Arbeitspensum, Zeitdruck (e590)</li> <li>+ Gutes Verhältnis zu KollegInnen u. Chef; durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit etwas belastet (e325, e330)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Emotionale u. instrumentelle Unterstützung seitens Ehemann u. Söhnen (e310)</li> <li>- Doppelbelastung Vollzeitjob u. Hausarbeit</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>57 J., weiblich, arbeitslose Dipl.-BWLerin, zuletzt vollzeitbeschäftigt als Geschäftsführerin e. Campingplatzes, verheiratet, 2 Söhne – einer lebt noch zu Haus</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenig Bewegung/Sport, insb. seit Beschwerden /Schmerzen → Gewichtszunahme</li> <li>- 1-2 Gläser Bier o. Wein tägl., kein Nikotin</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schonungsverhalten wg. FAB; zunehmende Passivität/Immobilität → dadurch gewisser soz. Rückzug</li> <li>+ Trotzdem Beschwerden/Schmerzen mitunter zermürend sind, keine Resignation</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- War zunehmend überfordert/überlastet durch Arbeitsanforderungen; dennoch Endurance-Verhalten bis zum Auslaufen der befristeten Stelle</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen des AVEM-Muster B, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose (nach Reha mit Hilfe der Bundesagentur für Arbeit neuen Job suchen)</li> </ul>

„[...] war die ganze Zeit noch voll berufstätig und habe jetzt halt seit September große Probleme mit meinem Rücken, erst mit meiner Hand und dann mit meinem Rücken. Und das hat sich jetzt so kompensiert, dass ich halt einfach nicht mehr arbeiten konnte. Also die Arbeit fiel mir sehr schwer. Und, naja, um dies wieder zu beheben bin ich jetzt hier.“; „Manchmal fühle ich mich überbelastet. Dass einfach zu viel Arbeit da ist und von vornherein das Gefühl habe, dass ich das einfach nicht packen kann.“



MBOR funktional +  
psychosozial

K2-MBOR-w2 SIMBO: 92, PHQ-4: 2, UKS: SW: 2, SB: 2, PB: 1, BB: 0

**Gesundheitsproblem ICD-10**  
M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"><li>- LWS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rückenschmerzen (b28013)</li><li>- eingeschränkt in Bewegung aus Rücken u. Hüfte (b710/b720)</li><li>- Verspannungen in Nacken u. Schulter (b780)</li><li>- Hände schlafen ein (b2702)</li><li>- Emotionale Fkt.en (b130)</li></ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stärkere Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Büro (d4153)</li></ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stärkere Beeinträchtigung v. Aktivitäten im Alltag u. in der Freizeit: braucht länger für Hausarbeit (d640); Probleme beim Nähen, da langes Sitzen (d4153), kein Rennrad fahren (d4750/d9204)</li></ul> <b>Übergreifend</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Im Job zuletzt immer weniger imstande, mit Stress umgehen (d2401)</li></ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hat zum 31.10.12 nach Absprache mit Hausärztin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt; aktuell AU seit ~13 Mo bzw. AL (d850, d845)</li></ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Hobbies (d920)</li></ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Körperliche Anforderungen: Wechsel von sitzender Bürotätigkeit u. Dienstreisen (e590)</li><li>- Psychosoziale Anforderungen: sehr hohes Arbeitspensum: 60 bis 80 h/Wo in den letzten 10 J. (e590)</li></ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Stabiles privates Umfeld: Eltern, handvoll Freunde, Ehemann (e310, e320)</li><li>+ Finanz. sehr gut abgesichert (e165)</li><li>- Unverständnis bzgl. ihres Verhaltens (Kündigung, Auszeit nehmen) seitens Mutter u. weiteren Fam.-Kreis, machen ihr Druck (e310, e315)</li></ul> <b>Gesundheitsbezogen</b> <p>Reha-Sport, KG u. manuelle Therapie (keine Besserung der Beschwerden) (e5800); Psychotherapie (hat sehr geholfen) (e5800); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<b>Soziodemographie</b> <p>39 J., weiblich, arbeitslose Kauffrau (zudem gelernte Schneiderin), zuletzt vollzeitbeschäftigt in gr. Konzern als Einkäuferin, kündigte selbst, verheiratet</p> <b>Gesundheitsverhalten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Viel Bewegung/Sport</li></ul> <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Zunächst Phase des Endurance-Verhaltens</li><li>- Derzeit Vermeidung von/Unsicherheit bzgl. gewisser Bewegungen aufgrund von FAB</li><li>- Nutzte AU zur Aneignung von Gesundheitskompetenzen: Neubewertung Work-Life-Verhältnisses → mehr Selbstfürsorge nötig</li></ul> <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lebte (gerne) für ihren Job, kaum Regeneration, bis zum Bandscheibenvorfall</li><li>+ Nutzte AU zur Erholung, Selbstkritik, Neu-adjustierung ihrer Work-Life-Balance, zum Erkennen u. Durchsetzen eigener Bedürfnisse</li></ul> <b>AVEM, ERI, SPE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kennzeichen der AVEM-Muster A &amp; G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose (will neuen Job mit besserer Work-Life-Balance)</li></ul>

„Ich habe ein Arbeitspensum gehabt von 60 bis 80 Stunden die Woche. Habe den Ausschalter nicht mehr gefunden. Also ich kann keinen anderen schuldig sprechen, sondern war einfach meine Natur“

„Und ich habe in der Zeit [AU] gelernt, für mich einen neuen Rhythmus zu schaffen. Ich habe wieder gelernt Haushalt zu führen. Nicht, dass ich das nie konnte, das war halt nebensächlich. Ich habe Dinge getan, die mir gut taten. Ob es ins Hamam oder mal Schwimmen gehen. Also was eigentlich so zum Alltag oder zum gesunden Leben dazu gehören sollte. Also auch Kontakte pflegen.“, „Ich will auf gar keinen Fall mehr diesen Stress haben. Das hatte ich. Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass ich ziemlich erfolgreich war und ich brauche es nicht mehr. Ich brauche auch keinem mehr was zu beweisen. Ich weiß eigentlich, wer ich bin und was ich kann. Und diese Energie möchte ich gerne in das Privatleben stecken.“

MBOR funktional +  
psychosozial

K2-MBOR-w3 SIMBO: 22, PHQ-4: 1, UKS: SW: 2, SB: 2, PB: 0, BB: 1

### Gesundheitsproblem ICD-10

M40-M54, D68.5

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- (L)WS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li> <li>- Ischias (eingeklemmt) (s120)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013)</li> <li>- Verminderte Protein-S-Aktivität (Protein-S-Mangel aufgrund eines Gendefekts) (b430)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: schnell erschöpft, nicht 100% geben können (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung von Freizeitaktivitäten (Spazieren (d4501), Radfahren (d4750/d9204)), t. w. wegen körperlicher Beschwerden, t. w. aus Angst vor sozialer Sanktionierung („Wer AU ist, der muss zu Hause bleiben“)</li> </ul> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit 7 Wo (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung im Bereich Freizeit (d920)</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Anforderungen: stehende u. sitzende Tätigkeit (e590)</li> <li>- Psychosoziale Anforderungen: hohes Arbeitspensum (Unterricht, Vor- u. Nachbereitung, Besprechungen, Elterntermine, Veranstaltungen, Klassenfahrten), Heim- u. mitunter auch Wochenendarbeit, Zeitdruck, Verantwortung als Klassenlehrerin (e590)</li> </ul> <p>+ Beruf = Wunschberuf (e590)</p> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Unterstützung durch Familie (e310)</li> <li>+ Regelmäßiger Kontakt/gutes Verhältnis zur Mutter (e310)</li> <li>- Sorge um in der USA lebenden Tochter (e310)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Einnahme v. Blutverdünner (e1101), KG (keine Besserung) (e5800), aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>	<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>56 J., weiblich, vollzeitbeschäftigt als Lehrerin, verheiratet, 2 erwachsene Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <p>+ Radfahren</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewegungen u. Alltag so eingestellt, dass Beschwerden nicht behindern/nichts weiter passiert (Schonungsverhalten wg. FAB); bei akuten Situationen zum Arzt; auf Arbeit Endurance-Verhalten</li> <li>- Würde gern auch in AU Spazieren u. Radfahren (Bewegung für Rücken), lässt dies aber aufgrund ihrer Angst vor soz. Sanktionierung</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelnde Stressbewältigungskompetenzen (überfordert, wenn sich viel Arbeit auftürmt – weiß nicht wo anfangen, t. w. unorganisiert; kann schwer abschalten → versucht es mit Freizeitaktivitäten)</li> <li>- Frisst Dinge eher in sich hinein, als mit anderen darüber zu reden</li> </ul> <p>+ Keine Resignation</p> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen des AVEM-Muster A, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose (will zurück an Arbeitsplatz)</li> </ul>

„[...] also ich habe so das Gefühl, dann kommt der Moment, wo sich alles so türmt und wo man gar nicht weiß, wo man anfangen soll. Ja dann ist man irgendwie, dann sucht man irgendwas. Da fängt man an überall rumzukramen, dann findet man das auch nicht mehr. Das, ja das macht mich dann fertig.“, „Ich, ärgere mich in solchen Situationen ärgere ich mich bloß über mich. Ja weil es gibt bestimmte Sachen, die ich dann suche und dann ohne richtig zu überlegen, fange ich halt an, kopflos alles rauszukramen“, „Am Wochenende fahren wir auch öfter mal weg, einfach um rauszukommen. Aber dann bleibt die Arbeit wieder liegen. Das ist immer schwer so eine Balance zu finden. Ja. Dass ich nicht zu viel mache.“

### 7.1.3 Typisierte Problemlagebeschreibungen – VMO-Problemlagen

<b>VMO Schmerz</b>	
<b>INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN</b>	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Meist mehrere weitere somatische Nebendiagnosen</li> <li>- Psychische Komorbidität von Krankheitswert (F-Diagnose(n))</li> <li>- Keine Indikation für eine spezifische psychosomatische Rehabilitation</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vielfältige, starke, häufig über die Zeit generalisierte Schädigungen (Beschwerden am ganzen Körper); Diskrepanz zw. objektivierbaren Befunden und subjektiv geschilderten Beschwerden</li> <li>- Sehr hohe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung, generalisierter Schmerz (auf den gesamten Körper ausgeweiteter Schmerz); hoher Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Sehr hoher psychischer Leidensdruck, starke Beeinträchtigung der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Pessimismus, Resignation)</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere bis starke Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Privat- und Berufsleben</li> <li>- Gefährdete oder verminderte Teilhabe an zentralen Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kultur, Erholung, Sport, Familie, Freunde), auch am Berufsleben (t. w. Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage: hohe und/oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit, unklare/ negative subjektive Erwerbsprognose)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiv stärkere bis starke psychosoziale Belastungen im privaten und/oder beruflichen Bereich wahrgenommen/ beschrieben (Konflikte, Stress)</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insb. maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen (Passivität, sozialer Rückzug)</li> <li>- Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster</li> <li>- Häufiges Vorliegen beruflicher Gratifikationskrisen: Effort-Reward-Imbalance</li> <li>- Unklare/negative subjektive Erwerbsprognose</li> </ul>
<b>KURZBESCHREIBUNG</b>	
<p>Der typische ‚VMO Schmerz‘ Fall kennzeichnet sich durch vielfältige und starke, häufig über die Zeit generalisierte körperliche Schädigungen (Beschwerden am ganzen Körper), wobei eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden besteht (erstere überschreiten letztere). Es wird eine sehr hohe subjektive</p>	

Schmerzintensität und -beeinträchtigung geschildert. Charakteristisch sind ferner ein auf den gesamten Körper ausgeweitetes Schmerzerleben sowie ein hoher Grad der Schmerzchronifizierung. Der typische ‚VMO Schmerz‘ Fall weist einen sehr hohen psychischen Leidensdruck auf, ist chronisch niedergeschlagen und traurig. Er/Sie erscheint pessimistisch und resigniert (insb. hinsichtlich der körperlichen Beschwerden) sowie deutlich erschöpft. Typischerweise liegt eine F-Diagnose vor, die eine zur orthopädischen Hauptdiagnose bestehende psychische Komorbidität anzeigt. Als ursächlich für die psychische Problematik werden vom typischen ‚VMO Schmerz‘ Fall vor allem die körperlichen Beschwerden und die Schmerzproblematik sowie die damit verbundenen stärkeren bis starken Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen beschrieben, darüber hinaus aber auch psychosoziale Belastungen im privaten (Konflikte im Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis, finanzielle Sorgen) und/oder im beruflichen Bereich (Stress/ Überforderung aufgrund von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung, Konflikte mit Vorgesetzten und/oder KollegInnen bzw. Mobbing-situationen, Gratifikationskrisen). Der typische ‚VMO Schmerz‘ Fall weist eine deutliche Somatisierungstendenz psychosozialer Belastungen (Umwandlung psychosozialer Belastungen in körperliche Symptome) auf. Charakteristisch sind ferner maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungsstrategien, wie schmerzvermeidendes Schonungsverhalten aufgrund von Fear Avoidance Beliefs, zunehmende Passivität und sozialer Rückzug. Nicht selten weisen ‚VMO Schmerz‘ Fälle hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine unklare bis negative subjektive Erwerbsprognose auf. Von der Reha erwartet sich der typische ‚VMO Schmerz‘ Fall eine Besserung der körperlichen Beschwerden, insb. des Schmerzes sowie darüber eine Verbesserung seiner/ihrer psychischen Verfassung und ein Rückgewinn an Lebensqualität und -freude.

#### BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Zuweisungsempfehlung: Verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation
- Behandlungsempfehlung: Psychologische Diagnostik [VMO-Anforderungsprofil], bei Bedarf ergänzt um berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Bewegungstherapeutisches Aufnahme- und Abschlussgespräch [VMO-Anforderungsprofil], Bewegungskompetenzgruppe [VMO-Anforderungsprofil], ergänzt um: Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Psychologische Bezugsgruppe [VMO-Anforderungsprofil], Psychologische Einzelgespräche [VMO-Anforderungsprofil], Entspannungstraining [Reha-Therapiestandards: ETM 07, VMO-Anforderungsprofil], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Anleitung zum Eigentaining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil]

FALLBEISPIELE (siehe nachfolgende Fallvignetten: K1-VMO-w1, K1-VMO-w2)

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M75, M77

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (kl. Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li> <li>- Schulter rechts (Impignement, operiert) (s720)</li> <li>- Oberarm links (Bursitis) (s730)</li> <li>- Arme (Epicondylitis) (s730)</li> <li>- Knie (Meniskus, operiert) (s75011)</li> <li>→ Ausw/breitung Strukturschäden über die Zeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerz (b28013) ausstrahlend ins rechte Bein/Fuß (b28015)</li> <li>- Hals-/Nackenschmerz (b28010), ausstrahlend in beide Arme (b28014)</li> <li>- Schmerzen Schultern (b28014)</li> <li>- Schmerzen in Händen u. Fingern (b28014), Schwellung, Taubheitsgefühl (b2702, b265), Störg.Feinmotorik (b760)</li> <li>- Kopfschmerzen (b28010)</li> </ul>	<p><b>Beruf:</b> Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktiv., die Feinmotorik erfordern: Fäden ziehen, Verbände machen/wechseln (d440)</p> <p><b>Privatleben:</b> Starke Beeinträchtigungen v. Aktiv., die Feinmotorik/Hand-&amp; Armgebrauch (d440/5) erfordern: Haus- &amp; Gartenarbeit (d630-d650), Hobbies (Handarbeit, Kegeln, Darten) (d9204), Beeinträchtigung soz. Aktivitäten (d750, d9205)</p> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b> + Bestehendes Arbeitsverhältnis, aktuell AU seit 2008 (d850, d845), seit 2010 laufender EM-Rentenanspruch</p> <p><b>Privatleben</b> - Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Sport, Kultur (d920) u. Soziales Leben (d750/d9205)</p>
<p>Ausw/breitung Schmerz auf ganzen Körper (b2800)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreislaufbeschwerden (b410-b429)</li> <li>- Schlafstörungen (b134)</li> <li>- Sehr hoher psych. Leidensdruck: Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Resignation, Erschöpfung (Depress.) (b126, b130, b152)</li> </ul>		<p><b>Personenfaktoren</b></p> <p><b>Soziodemographie</b> 53 J., weiblich, zuletzt vollzeitbeschäftigt als Krankenschwester (gelernte Kinderkrankenschwester), verheiratet, 2 erwachsene Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b> + Gymnastik, autogenes Training, kein Alkohol, Nikotin</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> - Zunächst Endurance-Verhalten: trotz Schmerzen weitergearbeitet, zur Not: Schmerzmittel - Rückzug in die Passivität/Immobilität: will nicht zur Last fallen, nicht auf Hilfe angewiesen sein (sie war immer die Helfende); Schmerzvermeidungsverhalten - Hilf- und Hoffnungslosigkeit bzgl. gesundheitlicher Situation, Resignation/Fatalismus - Nimmt starke Schmerzmittel u. Antidepressiva</p> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> - Depressivität begann mit familiären (Pflege d. Mutter, Streit mit Geschwistern, die ihr die Pflege aufbürdeten) u. beruflichen Belastungen (Versetzung), aktuell v. a. bezogen auf gesundheitliche Situation u. „Kampf“ um EM-Rente - Coping: Verdrängung, Ablenkung (Haus, Katze, Koiteich), Grübeln; insg.: Probleme mit sich selbst ausmachen → Rückzugsverhalten</p> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b> - Kennzeichen des AVEM-Muster A, Gratifikationskrise, negative subjektive Erwerbsprognose (EM-Rentenanspruch)</p>	
<p><b>Umweltfaktoren</b></p> <p><b>Beruf</b> - Viele Aufgaben, die Feinmotorik erfordern: zunehmend nicht zu bewältigen (e590) - Psychosoziale Belastungen: nach 2. Reha Versetzung ohne Absprache; gescheiterte Bemühung um Umsetzung auf leidensgerechten Platz (e590) - Mehrfache, als entwürdigend erlebte Begutachtungen (GKV, GRV, BA) im Rahmen des EM-Rentenanspruches; 3. Reha auf Anregung der GRV (Reha vor Rente) (e5700/1)</p> <p><b>Privatleben</b> - 2009 Pflege krebserkrankter Mutter bis zu ihrem Tod, 17h/Tag während eigener AU (e310); Konflikt mit Geschwistern (e310) + Unterstützung durch Ehemann, regelmäßiger Kontakt zu erwachsenen Kindern (e310) + Katze (e350); Haus, Garten, Koi-Teich, Pool = Rückzug/Ablenkung vs. soziale Isolation (e165) + Hilfsmittel für Haushalt (e1151), Ipad (e115), Epicondylitis-Spange (e1115) - Im ALG II-Bezug (e5700), Ehemann verdient jedoch sehr gut (e165)</p> <p><b>Gesundheitsbezogen:</b> Laufender EM-Rentenanspruch seit 2010 (e5700/1); GdB 30 (e5700); aktuelle Reha = 3. Reha (e5800)</p>			

„[...] eigentlich hat sich das dann alles verselbständigt und mein Körper ist eigentlich nur noch ein ganz großer Schmerz.“, „Und das eine kam zum anderen. Ich konnte immer weniger, mir tat das immer mehr weh.“, „Und so habe ich das alles eingestellt. Und das einzige was ich noch habe, ist Lesen.“, „Was ich nicht mehr habe, ich habe keine Ziele mehr. Ja. Ich stecke mir keine Ziele mehr. Wofür? Wo soll ich hin?“, „[...] meinen Beruf werde ich nicht mehr, damit ist es gegessen für mich, das werde ich nicht mehr machen können.“



**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, E00-E07, G56.0, H93.1, M16, M23, M67, M21/72, M75, N20...

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HWS (dopp. Bandscheibenvorfall, OP) (s76000, s120)</li> <li>- LWS (Steilstellung, Hohlkreuz) (s76002)</li> <li>- Hüfte (Arthrose) (s7401) o. Ausstrahlung LWS)</li> <li>- Schultern (Impingement, konservativ behandelt) (s720)</li> <li>- Hand (Karpaltunnel, Sehnenscheiden, operiert) (s7302)</li> <li>- Finger (Arthrodesen-OP) (s7302)</li> <li>- Knie (Meniskus operiert; Arthrose) (s75011)</li> <li>- Füße (Senk- u. Spreizfüße) (s7502)</li> <li>- Niere (Nierensteine) (s6100)</li> </ul> <i>Weitere; Ausw/breitung über d. Zeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen in Rücken (b28013), Schultern, Fingern (b28014), Knie (b28016), Migräne (b28010)</li> </ul> <i>Ausw/breitung Schmerz auf ganzen Körper (b2800)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taubheit d. Finger (b2702, b265)</li> <li>- Blutdruckprobleme (b420)</li> <li>- Ohrgeräusche rechts (Tinnitus) (b2400)</li> <li>- Schilddrüsenfkt. (b5400)</li> <li>- Schlafstörungen (b134)</li> <li>- Sehr hoher psych. Leidensdruck: Anspannung, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Pessimismus, Resignation, Erschöpfung (Depress.) (b126, b130, b152)</li> </ul> <i>Ausw/breitung Fkt.-Schäden über d. Zeit</i>	<p><b>Beruf:</b> Starke Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Büro (d4153), 10-Fingerschreiben (d440)</p> <p><b>Privatleben:</b> Starke Beeinträchtigungen v. Aktivitäten im Alltag: langes Sitzen (d4153), Stehen (d4154) u. Gehen (d4501), Gartenarbeit (d6505) sowie v. Hobbies (Tanzen) (d9204)</p> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b></p> <p>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, 20 Wo AU im letzten Jahr, aktuell keine AU (d850, d845), laufender Umsetzungsgesuch</p> <p><b>Privatleben</b></p> <p>- Beeinträchtigung in den Bereichen: Freizeit, Kultur (d920) u. Soziales Leben (d750/d9205)</p>
Personenfaktoren			
<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>55 J., weiblich, zuletzt vollzeitbeschäftigt als Sachbearbeiterin im Öffentl. Dienst, 2x geschieden, allein lebend, 2 erwachsene Töchter</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <p>- 3-4x wöchentlich Alkoholkonsum (Bier, Wein) kein Sport, viel Süßes u. Chips, + kein Nikotin</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <p>- Sieht sich machtlos gegenüber den zunehmenden körperlichen Beschwerden; psychische Beschwerden sind für sie Folge der körperlichen, privaten u. Beruflichen Probleme</p> <p>- keine Schmerzmittel aus Angst vor Abhängigkeit</p> <p>+ Psychotherapie auf Eigeninitiative</p> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <p>- Umgang mit Stress u. Konflikten: reagiert gereizt u. mit Angriff/Gegenschlag/Kampf (ggf. Klage)</p> <p>- sieht sich als Opfer, Benachteiligte, ungerecht Behandelte; als Person, die bes. viel abbekommt</p> <p>- grübelt viel, kann nicht abschalten</p> <p>- psychosoziale Belastungen verstärken Schmerzen bzw. Somatisieren psychosoz. Belastungen</p> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <p>- Kennzeichen des AVEM-Muster B, Gratifikationskrise, subjektive Erwerbsprognose: laufender Umsetzungsgesuch sowie Antrag auf GdB 50, um in 5 J. vorzeitig, ohne Abzüge in Rente gehen zu können</p>			
Umweltfaktoren			
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Anforderungen: sitzende Tätigkeit, PC-Tätigkeit (10-Fingerschreiben) (e590)</li> <li>- Psychosoz. Anforderungen: hohes Arbeitspensum, Zeitdruck, Stress; dabei: stupide u. langweilige Arbeit; Konflikte mit KollegInnen u. Vorgesetztem, Außenseiterin im Team, Mobbing (e325, e330), Unterstützung durch Personalrat u. betriebl. soziale Anlaufstelle (e360)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 gescheiterte Ehen; 2. Ehemann betrug sie (e310), ließ sie mit unfertigem Haus u. Schulden zurück (e165)</li> <li>- allein lebend: Einsamkeit, fehlende Unterstützung</li> <li>+ Leben ohne Kompromisse, keine ‚Mehrarbeit‘</li> <li>- angespanntes Verhältnis zur älteren Tochter, die mit im Haus wohnt; Entzug der Enkelin; keine Unterstützung bei Gartenarbeit (e310); gutes Verhältnis zur jüngeren Tochter u. Enkelin (e310)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen:</b> GdB 40, laufender Verschlimmerungsantrag (e5700); aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>			

„Also diese drei Säulen sind bei mir so ein Bisschen gebröckelt. Die berufliche Säule, da habe ich ein Umsetzungsgesuch geschrieben. Ja, ich passe da nicht so rein in das Team. Dann die familiäre, beziehungsmäßige. Ich bin seit vier Jahren Einzelkämpfer, lebe alleine. Habe auch existenzielle Nöte. Und gesundheitlich geht es mir... mit einem doppelten Bandscheibenvorfall 2008 ging das los. Da kam eins ins andere. Ich habe seitdem mehr Operationen und Krankengeschichten, so dass ich seit zwei Jahren psychologische Hilfe benötige.“

<b>VMO Stress + Schmerz</b>	
<b>INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN</b>	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> <li>- Psychische Komorbidität von Krankheitswert (F-Diagnose(n))</li> <li>- Keine Indikation für eine spezifische psychosomatische Rehabilitation</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere bis starke Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung stehen</li> <li>- Sehr hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung; mittlerer bis hoher Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Hoher bis sehr hoher psychischer Leidensdruck, stärkere bis starke Beeinträchtigung der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Pessimismus, Resignation)</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere bis starke Beeinträchtigungen von Aktivitäten in Privat- und Berufsleben</li> <li>- Kaum Beeinträchtigungen beruflicher Teilhabe, entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten im Job (ggf. Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiv stärkere bis starke psychosoziale Belastungen im privaten und/oder beruflichen Bereich (Stress, Mehrfachbelastung, Konflikte) wahrgenommen/beschrieben</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladaptive Krankheits- und Schmerzbewältigungskompetenzen</li> <li>- Maladaptive Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien</li> <li>- Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster</li> <li>- T. w. berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Imbalance</li> <li>- Positive subjektive Erwerbsprognose (entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten im Job)</li> </ul>
<b>KURZBESCHREIBUNG</b>	
<p>Der typische ‚VMO Stress + Schmerz‘ Fall kennzeichnet sich durch stärkere bis starke körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Es wird eine sehr hohe subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung geschildert. Im Gegensatz zum typischen ‚VMO Schmerz‘ Fall sind die beschriebenen körperlichen Beschwerden und der Schmerz jedoch nicht auf den gesamten Körper ausgeweitet bzw. im selben Maße generalisiert. Die subjektiven Schilderungen stimmen zudem stärker mit den objektivier-</p>	

baren Befunden überein. Der Grad der Schmerzchronifizierung ist mittel bis hoch. Wie beim typischen ‚VMO Schmerz‘ Fall bestehen auf Ebene der psychischen Körperfunktionen Schädigungen der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Pessimismus, Resignation). Es besteht ein hoher bis sehr hoher psychischer Leidensdruck. Wie bei allen VMO Subgruppen liegt auch beim typischen ‚VMO Stress + Schmerz‘ Fall eine F-Diagnose vor, die eine zur orthopädischen Hauptdiagnose bestehende psychische Komorbidität anzeigt. Als ursächlich für die psychische Problematik werden vom typischen ‚VMO Stress + Schmerz‘ Fall neben den körperlichen Beschwerden und der Schmerzproblematik stärkere bis starke psychosoziale Belastungen im privaten Bereich (Sorgearbeit, finanzielle Sorgen) und/ oder im beruflichen Bereich (Stress/Überforderung aufgrund von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung, Konflikte mit Vorgesetzten und/ oder KollegInnen bzw. Mobbing-situationen, Gratifikationskrisen) beschrieben. Der typische ‚VMO Stress + Schmerz‘ Fall kennzeichnet sich dabei sowohl durch ungünstige Schmerz- und Krankheitsbewältigungsstrategien, als auch durch mangelnde Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen am Arbeitsplatz (einschließlich ungünstiger arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster) und/oder durch eine maladaptive Bewältigung privater Belastungen. Die Funktions- und Leistungsfähigkeit ist privat wie beruflich stärker bis stark beeinträchtigt. Es zeigen sich jedoch zumeist keine Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe (geringe AU-Zeiten, positive subjektive Erwerbsprognose) – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Existenzängsten und damit verbundenem Durchhalteverhalten im Job. Von der Rehabilitation erwartet sich der typische ‚VMO Stress + Schmerz‘ Fall eine Verbesserung seiner/ihrer (physischen wie psychischen) Funktions- und Leistungsfähigkeit, ggf. auch die Klärung einer als belastend wahrgenommenen beruflichen Situation.

#### BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Zuweisungsempfehlung: Verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation
- Behandlungsempfehlung: Psychologische Diagnostik [VMO-Anforderungsprofil], bei Bedarf ergänzt um berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Bewegungstherapeutisches Aufnahme- und Abschlussgespräch [VMO-Anforderungsprofil], Bewegungskompetenzgruppe [VMO-Anforderungsprofil], ergänzt um: Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Psychologische Bezugsgruppe [VMO-Anforderungsprofil], Psychologische Einzelgespräche [VMO-Anforderungsprofil], Stressbewältigungstraining (ggf. Schwerpunkt auf Privat- oder Berufsleben) [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Entspannungstraining [Reha-Therapiestandards: ETM 07, VMO-Anforderungsprofil], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Anleitung zum Eigentaining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil]

FALLBEISPIELE (siehe nachfolgende Fallvignetten: K1-VMO-w4, K2-VMO-w1)



**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (Bandscheibenvorfall) (s76002, s120)</li> <li>- Ischias (s120)</li> <li>- HWS (Bandscheibenvorfall) (s76000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen im Rücken (LWS, HWS, BWS) (b28013) u. in Schultern (b28014); eigentlich am ganzen Körper (b2800)</li> </ul>	<p><b>Beruf:</b> Mittlere Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten: langes Sitzen im Büro (d4153), 8h-Tag (Müdigkeit/Erschöpfung) (d845) → Enduranceverhalten</p> <p><b>Privatleben:</b> Beeinträchtigungen v. Aktivitäten im Alltag: Hausarbeit (d640), Hobbies (d9204): Gartenarbeit, Malen; Sport (d9201)</p> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b></p> <p>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, keine AU im letzten Jahr sowie aktuell (d850, d845)</p> <p><b>Privatleben</b></p> <p>- Beeinträchtigung im Bereich Freizeit, Hobby, Sport (d920)</p>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seit Fusion der Firma im Jahr 1991 stete Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (e590)</li> <li>- Körperliche Anforderungen: Sitzende Tätigkeit an unergonomischen, kleinen Tisch (Antrag auf höhenverstellbaren Schreibtisch wird ignoriert) in sehr kleinem Büro (15m² für 3 Pers.) (e590)</li> <li>- Psychosoz. Anforderungen: seit 9 J. Mobbing durch Abt.-Leiterin (= stv. Betriebsratsvorsitzende) (e330), häuft sie mit Arbeit zu, Ungleichbehandlung, mangelnde Anerkennung, bot ihr Aufhebungsvertrag an, Sprüche nach 1. Reha → zeitl. u. psych. Druck</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kranker Ehemann (Krebs, Mrb. Bechterew, Herzinfarkt) (e310)</li> <li>- Finanziell angespannte Situation (Ehemann seit 32J. erwerbslos wg. Erkrankungen) (e165)</li> <li>+ Emotionale Unterstützung durch Ehemann (e310)</li> <li>+ Instrumentelle u. emot. Unterstützung durch Geschwister (e310)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 2. Reha (e5800), GdB 60 (e5700)</p>		<p><b>Soziodemographie</b></p> <p>58 J., weiblich, vollzeitbeschäftigt im Backoffice einer Bank seit 33 J. (kein erlernter Beruf), verheiratet, keine Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nikotin, kein Sport, zunehmende Passivität + Kein Alkohol</li> </ul> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enduranceverhalten auf Arbeit, zunehmende Passivität zu Hause (aufgrund v. starker Erschöpfung)</li> <li>- Zunahme körperl. Beschwerden/Schmerz bei Stress</li> <li>- Schmerzmittel bei Bedarf</li> <li>- Keine Psychotherapie aus Angst vor Stigmatisierung durch mobbende Abt.-Leiterin</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leidensdruck v. a. durch berufl. Situation (Mobbing, Arbeitsbedingungen): Überforderung, Verzweiflung, Desillusionierung, Ohnmacht</li> <li>- Enduranceverhalten aufgrund von Existenzängsten: ganze Energie in Bewältigung der seit 9 J. bestehenden Mobbing-situation/ des Arbeitsalltages → starke Erschöpfung</li> <li>- Zunehmende Passivität im Privatleben (zu erschöpft, um noch etwas zu tun)</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen des AVEM-Muster A, Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbsprognose (will wg. Existenzängsten zurück an Arbeitsplatz; für berufl. Neuorientierung sei sie zu alt)</li> </ul>	

„Ich bin 40 Jahre im Berufsleben. Ich habe mich noch nie ausgeruht, noch nie gesagt, ich habe heute Bauchschmerzen, ich bleibe zu Hause. Wer darf mich so fertig machen, dass ich nicht mehr (hinterher?) meine Rente bekommen kann? Das darf nicht sein. Und deshalb... Das halte ich durch“, „Natürlich wird dadurch, mein komischer Schmerz auch verstärkt, weil ich merke in Situationen, wenn ich zu Hause bin, im Urlaub, wenn ich mich einfach geborgen fühle, kann ich besser mit dem Schmerz umgehen. Habe ich die Probleme auf der Arbeit, ist der Schmerz manchmal unerträglich.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HWS u. LWS (Band-scheibenproblematik, Nervenentzündung) (s76000, s76002, s120)</li> <li>- Kopfschmerzen (b28010)</li> <li>- Schlafprobleme (schmerzbedingt) (b134)</li> <li>- Hoher Psychischer Leidensdruck: Gereiztheit, Geringe Frustrationstoleranz, Konzentrations-schwierigkeiten, Ängste, depr. Stimmung, Traurigkeit, Wut, Hilflosigkeit (alles im Zusgh. mit Krebserkrankung ihres Mannes) (b126, b130, b152)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rücken- u. Nacken-Schmerzen (b28013, b28010), ausstrah-lend in Arme u. Hände (b28014), Taubheit (b2702, b265)</li> </ul>	<p><b>Beruf:</b> Beein-trächtigung beruflicher Aktiv.: keine Sonderaufg., keine Gremienarbeit, kein Klassenlehreramt; Gereiztheit, geringe Frustrationstoleranz u. Konzentrationsfähigk. (d845)</p> <p><b>Privatleben:</b> Beein-trächtigungen v. Hobbies (d9204) u. Sport (d9201)</p> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401) → Alle Beeinträchtigungen v. a. auf Erkrankung/ Pflege des Mannes zurückzuführen, weniger auf eigene körperl. Beschwerden</p>	<p><b>Beruf</b> + Bestehendes Arbeitsverhältnis, 4 Wo AU im letzten Jahr, aktuell keine AU (d850, d845)</p> <p><b>Privatleben</b> - Beeinträchtigung im Bereich Freizeit, Hobby, Sport (d920)</p>
Umweltfaktoren		Personenfaktoren	
<p><b>Beruf</b> + Möglichkeit zur Reduktion des Arbeitsengage-ments: 1 J. kein Klassenlehreramt, keine Sonderaufgaben, keine Gremienarbeit (e390) + Verständnis u. Unterstützung seitens KollegInnen u. Schulleitung (e325, e330)</p> <p><b>Privatleben</b> - Blutkrebserkrankung ihres Ehemanns (e310) (vor 1 ½ J. entdeckt) → Krankenhausaufent-halte, Untersuchungen, Behandlungen, OP's, Ernährungsumstellung, keimfreie Wohnung, Phasen d. Bettlägerigkeit u. des Rollstuhls, wieder Laufen lernen, Zeiten der Sorge/ Unterstützung, Zeiten der Pflegebedürftigkeit, veränderte Tagesabläufe, Medikamenten-Management (e310); inzwischen geht es ihrem Mann besser (hat Krebs erst einmal besiegt)</p> <p>+ Emot. u. instr. Unterstützung seitens Verwandtschaft, Freunden, Nachbarn (e315, e320, e325)</p> <p>- Ihr Einkommen = Existenzgrundlage (e165)</p> <p>- Längere Zeit Doppelbelastung: Beruf und Pflege ihres Mannes</p> <p><b>Gesundheitsbezogen</b> Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800)</p>		<p><b>Soziodemographie</b> 56 J., weiblich, vollzeitbeschäftigt als Lehrerin, verheiratet</p> <p><b>Gesundheitsverhalten</b> - Derzeit kein Sport (früher regelmäßig im Fitness-studio)</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> - Eigene Beschwerden wg. Krebs ihres Mannes lange verdrängt u. zurückgestellt (redet auch im Interview v. a. über Beschwerden ihres Mannes) → Enduranceverhalten (Pflege des Mannes, Durchhalten im Beruf)</p> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> - Hohe psychische Belastung (Ängste) durch Krebs ihres Mannes → ganze Energie, um ihm zu helfen; ganzen Alltag daran orientiert</p> <p>- Trotz stabilen Zustandes ihres Mannes, immer noch Probleme ‚loszulassen‘ u. ‚abzuschalten‘ (immer noch Ängste, Bedürfnis sich zu kümmern)</p> <p>- Einerseits zwar jmd. der erst einmal das Schlimmste annimmt, aber auch jmd. der Probleme dann versucht offensiv zu bewältigen (sich informieren, Selbsthilfegruppe u. Psycho-onkologin aufsuchen, mit Freunden/Familie reden, Gefühle raus lassen, Widerspruch auf Ablehnung sich gezielt Panikattacken stellen)</p> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b> + Kennzeichen des AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, positive subjektive Erwerbs-prognose</p>	

„Was ich gemacht habe, nämlich mich voll diesem Zustand zugewandt, habe mich seitdem komplett vernachlässigt. Habe meinen Beruf vernachlässigt. Nur noch die Sachen gemacht, die Pflicht waren. Mit großem Verständnis meiner Schulleitung und Kollegen. Gott sei Dank. Hatte unglaubliche Unterstützung durch Verwandtschaft, Nachbarschaft und Freunde. Habe aber alles sein lassen. Ich male gerne, mache gerne Sport, bin mit anderen Menschen zu-sammen. Aber dieses Zusammensein war beschränkt auf ‚Wie geht es meinem Mann?‘ Es war nichts anderes mehr in unserem Leben.“

<b>VMO Stress</b>	
<b>INDIKATIONS-/DIFFERENZKRITERIEN</b>	
Gesundheitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orthopädische Hauptdiagnose (ICD-10)</li> <li>- Ggf. weitere somatische Nebendiagnosen</li> <li>- Psychische Komorbidität von Krankheitswert (F-Diagnose(n)); zusätzlich zu und weitgehend unabhängig vom orthopädischen Gesundheitsproblem (Folge einer maladaptiven Bewältigung privater und/oder beruflicher Anforderungen (insb. Stress) und Probleme (insb. Konflikte))</li> <li>- Keine Indikation für eine spezifische psychosomatische Rehabilitation</li> </ul>
Körperstrukturen und Körperfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mittelgradige Schädigungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheitsstörung stehen</li> <li>- Geringere bis mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung; geringer Schmerzchronifizierungsgrad</li> <li>- Hoher psychischer Leidensdruck, stärkere bis starke Beeinträchtigung der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Pessimismus, Resignation)</li> </ul>
Aktivitäten und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringere bis mittelgradige Beeinträchtigungen von Aktivitäten im Privat- und Berufsleben</li> <li>- Kaum Beeinträchtigungen beruflicher Teilhabe, entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten im Job (ggf. Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage)</li> </ul>
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkere bis starke psychosoziale Belastungen im privaten und/oder beruflichen Bereich (Stress, Mehrfachbelastung, Konflikte)</li> </ul>
Personenbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insb. maladaptive Stress- und Konfliktbewältigungs-kompetenzen</li> <li>- Ungünstige arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebens-muster</li> <li>- T. w. berufliche Gratifikationskrise: Effort-Reward-Imbalance</li> <li>- Positive subjektive Erwerbsprognose (entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten im Job)</li> </ul>

KURZBESCHREIBUNG
<p>Der typische ‚VMO Stress‘ Fall kennzeichnet sich durch mittelgradige körperliche Schädigungen, die in Zusammenhang mit der vorliegenden Gesundheitsstörung (orthopädische Hauptdiagnose, ggf. weitere somatische Nebendiagnosen) stehen. Es wird eine geringere bis mittlere subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung geschildert. Typischerweise liegt ein geringer Schmerzchronifizierungsgrad vor. Wie bei allen VMO Subgruppen liegt auch beim typischen ‚VMO Stress‘ Fall eine F-Diagnose vor, die hier jedoch eine zusätzlich zu und weitgehend unabhängig vom orthopädischen Gesundheitsproblem bestehende psychische Komorbidität anzeigt. Diese ist vielmehr Folge einer maladaptiven Bewältigung stärkerer bis starker privater und/oder beruflicher psychosozialer Belastungen (Stress, Konflikte, finanzielle Sorgen). Auf Ebene der psychischen Körperfunktionen zeigen sich Schädigungen der psychischen Energie und des Antriebs (Erschöpfung), der Spannweite von Emotionen (Niedergeschlagenheit, Traurigkeit) sowie der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Pessimismus, Resignation). Es besteht ein hoher psychischer Leidensdruck. Die Funktions- und Leistungsfähigkeit ist privat wie beruflich geringer bis mittelgradig beeinträchtigt. Es zeigen sich wie beim typischen VMO Stress + Schmerz Fall kaum Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe (geringe AU-Zeiten, positive subjektive Erwerbsprognose) – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Existenzängsten und damit verbundenem Durchhalte-verhalten im Job. Von der Rehabilitation erwartet sich der typische ‚VMO Stress‘ Fall eine Verbesserung seiner/ihrer Funktions- und Leistungsfähigkeit, insbesondere aber auch Strategien zur Bewältigung von Stress und Konflikten.</p>
BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zuweisungsempfehlung: Verhaltensmedizinisch orientierte orthopädische Rehabilitation</li> <li>- Behandlungsempfehlung: Psychologische Diagnostik [VMO-Anforderungsprofil], bei Bedarf ergänzt um berufsbezogene Diagnostik [MBOR-Anforderungsprofil], Bewegungstherapeutisches Aufnahme- und Abschlussgespräch [VMO-Anforderungsprofil], Bewegungskompetenzgruppe [VMO-Anforderungsprofil], ergänzt um: Funktionelle Therapie (Physio-, Sport- und Bewegungstherapie, Bewegung und Sport in der Freizeit) [Reha-Therapiestandards: ETM 01], bei Bedarf: Massage/Anwendungen der Physikalischen Medizin [Reha-Therapiestandards: ETM 03], Psychologische Bezugsgruppe [VMO-Anforderungsprofil] → Schmerzbewältigungstraining kann hier auf grundständigem Niveau erfolgen, Psychologische Einzelgespräche [VMO-Anforderungsprofil], Stressbewältigungstraining (vertiefend, ggf. Schwerpunkt auf Privat- oder Berufsleben) [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Entspannungstraining [Reha-Therapiestandards: ETM 07, VMO-Anforderungsprofil], Gesundheitsbildung [Reha-Therapiestandards: ETM 05], Anleitung zum Eigentraining (Heimübungsprogramm) und Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen [Reha-Therapiestandards: ETM 11], bei Bedarf: sozial-, arbeits- und sozialrechtliche Beratung [MBOR-Anforderungsprofil], Beratung zu/Anbahnung von weiterführenden Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung oder zu LTA [Reha-Therapiestandards: ETM 10, MBOR-Anforderungsprofil]</li> </ul>
FALLBEISPIELE <i>(siehe nachfolgende Fallvignetten: K2-VMO-w2, K2-VMO-w3, K2-VMO-w4)</i>

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M19.01, I80

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirbelsäulenfehlstellung (s7600)</li> <li>- BWS (Bandscheibenvorfall) (s76001, s120)</li> <li>- Schultern/Arme (Arthrose) (s720, s730)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blutgefäßfunktionen (Thrombose im Bein) (b4152)</li> <li>- Schlafstörungen (Grübeln) (b134)</li> <li>- Emotionale Fkt.en (b152)</li> </ul>	<b>Beruf:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine/kaum Beeinträchtigung beruflicher Aktiv.: langes Sitzen (d4153)</li> </ul> <b>Privatleben:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> </ul> <b>Übergreifend:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kündigung zum 31.7.13, Freistellung seit Dez. 12 (d850, d845)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Aktuell keine Beeinträchtigungen</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<b>Beruf</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Anforderungen im letzten Job: langes Sitzen an der Kasse (e390)</li> <li>+ Keine belastenden psychosoz. Anforderungen: während Zeit als normaler Mitarbeiterin sowie während Zeit als Filialleiterin – bis zum Beginn Mobbing durch die Geschäftsführung: wurde vor die Wahl gestellt, selbst zu kündigen o. fristlos gekündigt zu werden u. ein schlechtes Arbeitszeugnis zu erhalten (Geschehnisse dazwischen: zunächst ‚Vorschlag‘ wg. ihres Alters in kleinere Filiale zu wechseln, dann Kritik an Inventur (Regale nicht voll), gefolgt v. Wahl zw. Versetzung in kleinere Filiale o. Zurückstufung zur normalen MA? → sie ‚entschied‘ sich für Versetzung, dort: Kritik bzgl. leistungsbezogener Zahlen, Vorwurf Vorteilsnahme (e330)</li> </ul> <b>Privatleben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Scheidungen (e310) (seit 1 1/2J. Single)</li> <li>- Schwerer Arbeitsunfall des Sohnes (e310)</li> <li>+ Sehr gutes Verhältnis u. regelmäßiger Kontakt zum Sohn (e310)</li> <li>+ Guter Bekannten-/Freundeskreis (e320)</li> <li>+ 5 Geschwister (e310)</li> <li>+ Noch immer Kontakt/gutes Verhältnis zu ihren ehemaligen MitarbeiterInnen (e335)</li> </ul> <b>Gesundheitsbezogen</b> <p>Aktuelle Reha = 6. Reha (e5800)</p>	<b>Soziodemographie</b> <p>52 J., weiblich, zuletzt vollzeitbeschäftigt als Filialleiterin e. Lebensmitteldiscounters (zuvor normale Mitarbeiterin, insg. 22 J.), geschieden, allein lebend, 1 erwachsener Sohn</p> <b>Gesundheitsverhalten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bewegung (Schwimmen, Spazieren, Walker)</li> </ul> <b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Entgegenwirken körperl. Beschwerden durch E-Arbeit (Ablenkung, Bewegung)</li> </ul> <b>Stress-/Konfliktbewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leidensdruck v.a. durch Mobbing-Geschichte: Ohnmacht, Enttäuschung</li> <li>- Zunahme körperl. Beschwerden bei psychosozialen Belastungen</li> <li>- Sieht sich immer wieder mit Schicksalsschlägen (Scheidungen, finanz. Engpässe/Schulden, Unfall d. Sohnes, Mobbing) konfrontiert, niedergeschlagene Phasen – aber: keine Resignation, Selbstpositionierung als Kämpferin, neugierig auf d. Leben</li> <li>+ Nutzt frei gesetzte Zeit für sich u. Aktivitäten, für die zuvor keine Zeit da war</li> <li>- zeitlang Schlaftabletten, derzeit keine</li> </ul> <b>AVEM, ERI, SPE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen der AVEM-Muster G &amp; A, vor Mobbing: keine Gratifikationskrise (entwickelte sich jedoch während/durch das Mobbing), positive subjektive Erwerbsprognose (optimistisch neuen Job zu finden – einzige Sorge: ihr Alter; will auf keinen Fall Hartz IV)</li> </ul>

„Je schlechter man sich fühlt, umso mehr merkt man dann auch vielleicht die Beschwerden. Und wenn es einem gut geht, dann ist es auch manchmal, was heißt weg, aber man spürt es halt nicht so arg.“ „Und was ich an mir selber manchmal auch bewundere, ich habe so eine innere Neugierde [...] auf mein eigenes Leben. [...] ich bin glaube, ich schon so ein Kämpfer. Ich will immer wieder und immer wieder weiterkommen und sehen, was passiert jetzt noch? Und egal wenn es mich wieder erwischt, dann fange ich wieder unten an.“ „Ich bin nicht eine die gearbeitet hat um zu leben, sondern ich habe für meine Arbeit gelebt. Das war für mich das Wichtigste überhaupt noch. Ja?“



**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, M24

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- LWS (seit Kindheit 'verändert') (s76002)</li> <li>- HWS (76000)</li> <li>- Schulter (s720)</li> <li>→ Schädigungen durch Auffahrunfall u. 2 BG-Unfälle</li> <li>- Fuß (Gelenkmaus) (s75021)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerzen (b28013), ausstrahlend in rechte Gesäßhälfte (b28018)</li> <li>- Schlafstörungen (Grübeln) (b134)</li> <li>- Höherer Psychischer Leidensdruck: Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung (Depress.) (b126, b130, b152)</li> </ul>	<p><b>Beruf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine/kaum Beeinträchtigung beruflicher Aktivitäten (Durchhalterin) (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigungen von Freizeitaktiv. u. Sport (mangelnde Motivation, Kraft) (d920)</li> </ul> <p><b>Übergreifend:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Stress umgehen (d2401)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bestehendes Arbeitsverhältnis, keine AU im letzten Jahr (d850, d845)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in Bereichen Freizeit, Sport (d920) u. soz. Leben (d750/d9205)</li> </ul>

Umweltfaktoren	Personenfaktoren
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe körperliche wie psychosoz. Anforderungen: zwei Jobs als Krankenschwester im Nachtdienst (onkolog. u. psychosomat. Station) → Nebenjob finanz. notwendig; Aufstockung Hauptjob abgelehnt; hohe Arbeitsdichte/hohes Arbeitspensum; Alleinverantwortlichkeit während Schichten (im Hauptjob für 40, im Nebenjob für 27 Pat.), im Hauptjob Mobbing durch Stationsschwester, mangelnde Anerkennung (monetär, sozial) (e390, e330)</li> <li>+ Unterstützung durch Konfliktbeauftragte, Supervision (e355)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehrere (2 o. 3) schmerzhaft Trennungen (e310)</li> <li>- Viele Jahre alleinerziehend, Sohn kürzlich ausgezogen (Empty Nest) (e310) → Sohn weiterhin emot. u. instr. Unterstützung (e310)</li> <li>- Finanziell angespannte Situation (solange sie das Haus behalten u. Sohn unterstützen will, ist Nebenjob nötig) (e165)</li> <li>+ Freundeskreis (e320)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 2. Reha (e5800)</p>	<p><b>-Soziodemographie</b></p> <p>56 J., weiblich, 2 Jobs als Krankenschwester im Nachtdienst, allein lebend, 1 erwachsenen Sohn</p> <p><b>Gesundheitsverhalten: / Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leidensdruck v.a. durch psychosoz. Belastungen (insb. Mobbing, Arbeitsbedingungen), weniger durch körperliche Beschwerden</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enduranceverhalten auf Arbeit (keine AU): ganze Energie in Bewältigung d. Arbeitsanforderungen u. Mobbingssituation → Erschöpfung u. Antriebslosigkeit sowie zunehmende Passivität im Privatleben</li> <li>+ Aufsuchen der betriebl. Konfliktbeauftragten</li> <li>- Übermäßiger stressbedingter Schokoladenverzehr (Schokoholic); 10kg Gewichtszunahme</li> <li>- Keine Psychotherapie, Schmerz- u. Schlafmittel: sehr selten</li> <li>- Kann beruflich wie privat schwer Grenzen ziehen u. 'Nein' sagen</li> <li>- Resignationstendenzen vs. Neuorientierung (Neben- zum Hauptjob machen o. Nebenjob u. damit Doppelbelastung aufgeben, was den Verkauf ihres Hauses verlangen würde)</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzeichen der AVEM-Muster A, Gratifikationskrise, positive/unklare subjektive Erwerbsprognose (fragt sich, wie lange sie bei unveränderter Situation körperl. u. psych. durchhält)</li> </ul>

„[...] wenn dann noch so ein Mobbing-Dämpfer da kommt. Also das war irgendwie zu viel auf einmal, ne? Und die Trennung dann noch gleichzeitig, ne?“, „Dass ich irgendwie anfang so die Segel zu streichen, ne? Dass ich ein bisschen resigniert habe, ne?“, „Dass sich mein Gesamtbild irgendwie so ein Bisschen ins Negative, die Negativspirale hat sich so mehr ausgeweitet, ne?“ „Das hat mich alles irgendwie, ja, so in, in dieses Passive reinfallen lassen.“

**Gesundheitsproblem ICD-10**

M40-M54, E10-E14, G56.0, I10-I15

Körperstrukturen	Körperfunktionen	Aktivitäten	Teilhabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Bandscheibenvorfälle (s7600, s120)</li> <li>- ‚Kaputte‘ Knie (s75011)</li> <li>- Linkes Bein 3 cm kürzer als rechtes (s750)</li> <li>- Hände (Karpaltunnelsyndrom, eine Hand operiert) (s7302)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschmerz (b28013), ausstrahlend ins Bein (b28015), dort: Taubheit (b2702)</li> <li>- Verspannung (b780)/Schmerz in Schultern (b28014)</li> <li>- Schmerz in Füßen (b28015)</li> <li>- Diabetes (b5401)</li> <li>- Bluthochdruck (b420)</li> <li>- Herzerkrankungen (b4100)</li> <li>- Schlafprobleme (b134)</li> </ul>	<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigungen beruflicher Aktiv.: schwere Reinigungsmaschinen handhaben, langes Gehen (d4501), langes Stehen (d4154)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigungen: langes Gehen (d4501), Sitzen u. Aufstehen (d4153), Treppen steigen (d4551), Knien (d4102)</li> </ul> <p><b>Übergreifend:</b> Mit Stress umgehen (d2401)</p>	<p><b>Beruf</b></p> <p>+ <b>Bestehendes Arbeitsverhältnis</b>, aktuell seit 20 Mo AU + 4 Wo im letzten Jahr, Saisonjob auf Bauernmarkt aufgegeben (d850, d845)</p> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beeinträchtigung in Bereich Erholung u. Freizeit (d920)</li> </ul>
Umweltfaktoren			
<p><b>Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperl. schwere Arbeit: große, schwere Putzmaschine → 13 km Strecke (Turnhalle + Umkleiden); Waschräume u. WC's händisch zu putzen; viele Zwangshaltungen (e590)</li> <li>- Früher vier Stunden Zeit (abends/nachts), inzwischen nur noch 2 Std. (morgens); außer Zeitdruck, ist die Arbeit stressfrei (e590)</li> </ul> <p><b>Privatleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angestrandetes, unterkühltes, belastendes Verhältnis zu Ehemann (e310); unterstützt sie beim Putzjob (e310)</li> <li>- Angestrandetes Verhältnis zur Tochter; entziehe ihr die Enkel u. nehme keine Rücksicht auf ihre Beschwerden (e310)</li> <li>+ Gutes Verhältnis zum Sohn (e310); verbünde sich aber auch mit Vater u. Tochter gegen sie (e310)</li> <li>- Konflikt mit Schwägerin (Frau ihres verstorbenen Bruders; hat Erbe d. Mutter ‚geklaut‘) (e310)</li> <li>+ Beste Freundin (lebt weit entfernt) + Freundinnen vor Ort (e320)</li> <li>- Todesfälle in Familie (Großeltern, Eltern, Bruder → meist in Weihnachtszeit, oft ‚Sekundentod‘); Krebserkrankung des Sohnes (e310)</li> <li>- Finanz. Situation: verlor viel Geld durch Betrüger; derzeit in Insolvenzverfahren (bald abgeschlossen) (e165)</li> </ul> <p><b>Gesundheitsbezogen</b></p> <p>Aktuelle Reha = 1. Reha (e5800), GdB 50 kurz vor Reha erhalten (e5700), Spritzen Therapie (e5800/e1101)</p>			
Personenfaktoren			
<p><b>-Soziodemographie</b></p> <p>63 J., weiblich, stundenweise beschäftigt als Reinigungskraft einer Turnhalle (gelernte Verkäuferin für Gold u. Schmuck), verheiratet, 2 erwachsene Kinder</p> <p><b>Gesundheitsverhalten:</b> Übergewicht</p> <p><b>Schmerz-/Krankheitsbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lange Zeit Schmerzmittel u. Spritzen Therapie, um weiter arbeiten zu können (Enduranceverhalten)</li> <li>- Psychosoz. Belastungen verstärken körperliche Beschwerden</li> <li>- Leidensdruck v.a. durch psychosoz. Belastungen (insb. Mobbing, Arbeitsbedingungen), weniger durch körperl. Beschwerden</li> </ul> <p><b>Stress-/Konfliktbewältigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sieht sich immer wieder mit Problemen konfrontiert - sie habe aber immer alle bewältigt</li> <li>- Fühlt sich oft ungerecht behandelt: sie hilft u. ist für andere da, wagt nicht (nur) an sich zu denken, die anderen meckern aber immer nur herum, nutzen ihre Gutmütigkeit aus, interpretieren diese als Dummheit</li> <li>- Hat Gefühl immer Rechenschaft ablegen zu müssen, auf andere hören zu müssen u. dann die Schuld zu geschoben zu bekommen, wenn was schief läuft</li> <li>- Beruhigungsmittel, wenn Grübeleien/Ängste bzgl. Sterben/Tod zu groß werden</li> </ul> <p><b>AVEM, ERI, SPE</b></p> <p>+ Kennzeichen der AVEM-Muster G, keine Gratifikationskrise, würde gern noch weiter arbeiten – wenn auch nur als Unterstützung ihres Mannes → wird in Reha zum vorzeitigen Renteneintritt mit 63 J. (mit GdB 50) beraten</p>			
<p>„Ich denke mal, dass ich mit Problemen gut umgehen kann. ...und ich krebse und habse alle in der Reihe gekriegt.“, „Ich habe eine unheimliche Angst vorm Sterben, vorm Tod, das ist eigenartig, das macht mich verrückt.“, „Ich sehe manche Sachen, die gar nicht so sind“, „wenn ich was sage, ich habe wirklich immer Recht. Ich kann auch vorausschauen.“</p>			

## 7.2 Supplement I: Übersicht über die Behandlungsempfehlungen

	OR	MBOR funktional	MBOR psychosozial	MBOR funkt.+psysoz.	VMO Schmerz	VMO Stress+Schmerz	VMO Stress
<b>Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz</b>							
Bewegungstherapie [ETM 01]	X	E	E	E	E	E	E
Arbeitsbezogene T. [ETM 02]		X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>
Massage [ETM 03]	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.
Rückenschule [ETM 04]	X	X	X	X	X <sup>6</sup>	X <sup>6</sup>	X <sup>6</sup>
Gesundheitsbildung [ETM 05]*	X	X	X	X	X	X	X
Psycholog. Beratung/T. [ETM 06]*			G <sup>4</sup>	b. B. <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>
Entspannungstraining [ETM 07]	G	G	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>
Schmerzbewältigung [ETM 08]	G	V	V	G	V <sup>4</sup>	V <sup>4</sup>	G <sup>4</sup>
Sozial(-rechtl.) Berat. [ETM 09]		X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>
Unterstütz. berufl. Integr. [ETM 10]		X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>	X <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>
Nachsorge, soz. Integr. [EMT 11]	X	X	X	X	X	X	X
<b>MBOR Anforderungsprofil</b>							
Berufsbezogene Diagnostik		X	X	X	b. B.	b. B.	b. B.
Soziale Arbeit		X <sup>3</sup>	X	X	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>	b. B. <sup>3</sup>
Berufsbezogene Gruppen*		G	X	G			
Arbeitsplatztraining		X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>	b. B. <sup>2</sup>
Belastungserprobung		b. B.	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.
<b>VMO Anforderungsprofil</b>							
Psychologische Diagnostik			G	b. B.	X	X	X
Psychologische Bezugsgruppe*					X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>
Psychologische Einzelgespräche			G <sup>4</sup>	b. B. <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>	X <sup>4</sup>
Entspannungstraining			X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>	X <sup>5</sup>
Bewegungskompetenzgruppe					X <sup>6</sup>	X <sup>6</sup>	X <sup>6</sup>
Bewegther. Aufnahme/Abschluss					X	X	X
<b>Stressbewältigung*</b>	G	G	V	X	X	V	V



Abkürzungen:

b. B.: bei Bedarf

G: grundständig

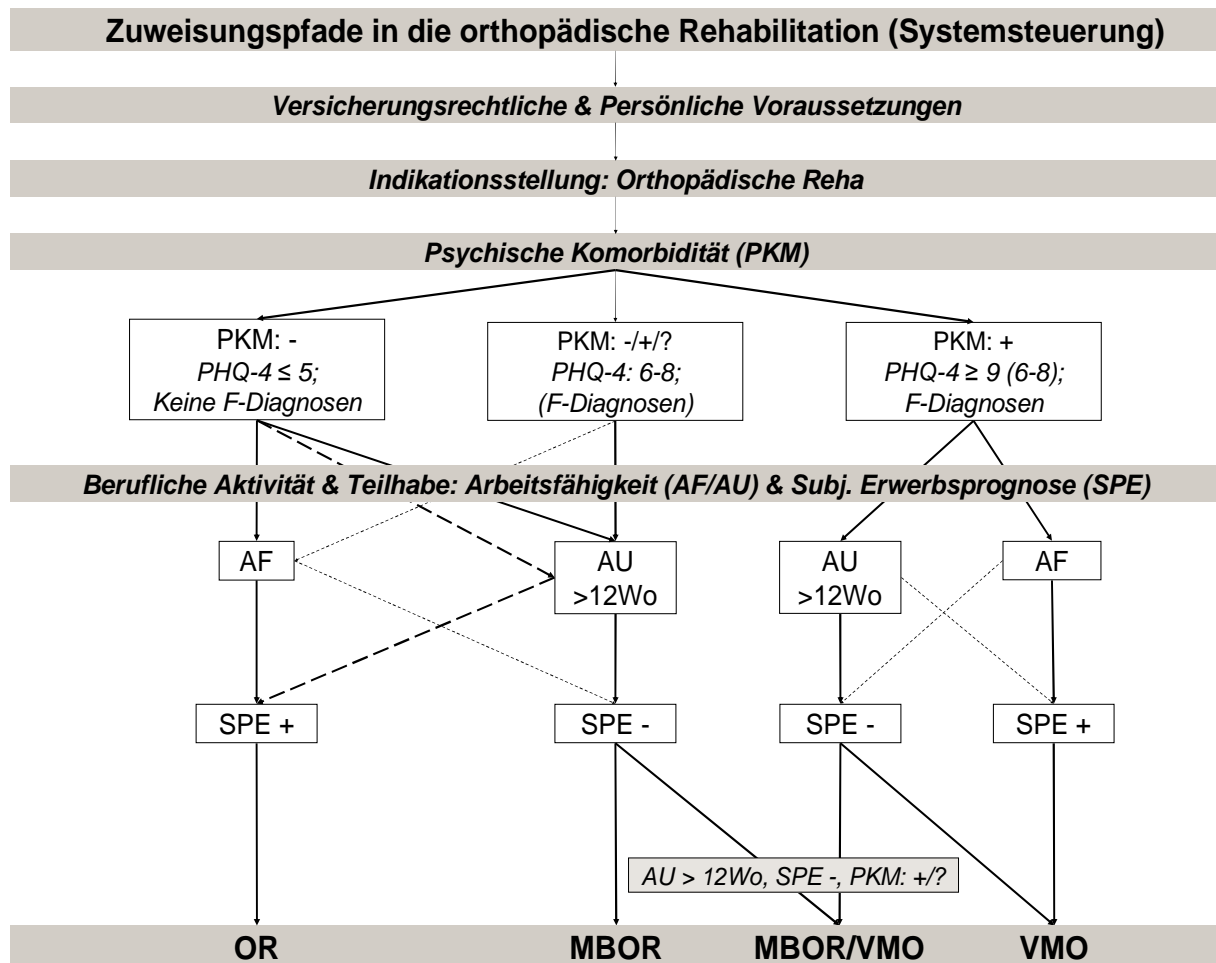
V: vertiefend

E: ergänzend

\*: Stressbewältigung kann Teil der Gesundheitsbildung, psychologischer Beratung/Therapie, berufsbezogener Gruppen und der psychologischen Bezugsgruppe sein und wird hier aufgrund seiner herausgehobenen Bedeutung für die bedarfsadäquate Behandlung der Subgruppen noch einmal gesondert angeführt

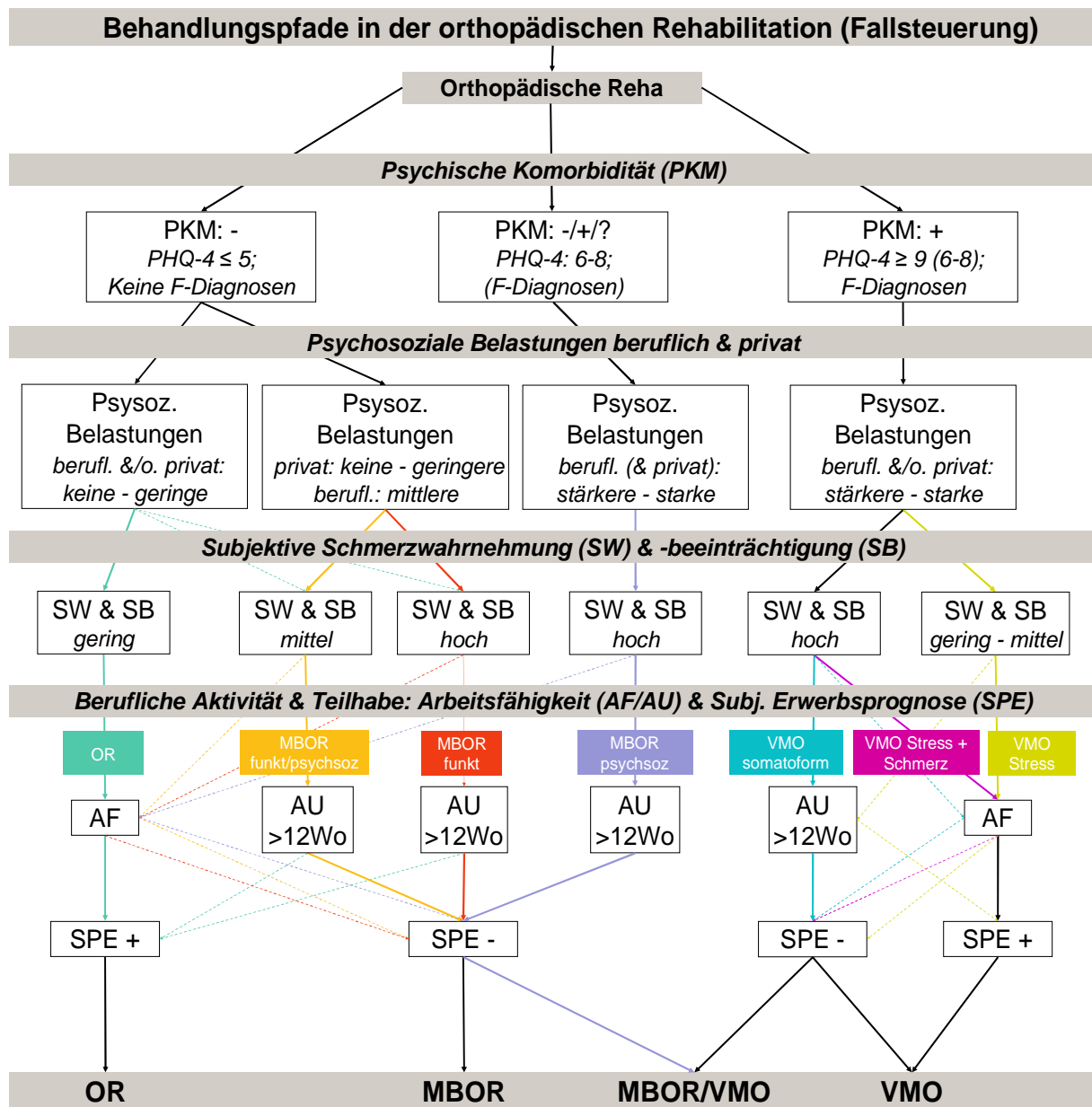
<sup>1 - 6</sup>: Überschneidungen zwischen einzelnen Maßnahmen (z. B. zwischen Arbeitsbezogener Therapie und Arbeitsplatztraining)

### 7.3 Zuweisungspfade für die trägerseitige Systemsteuerung



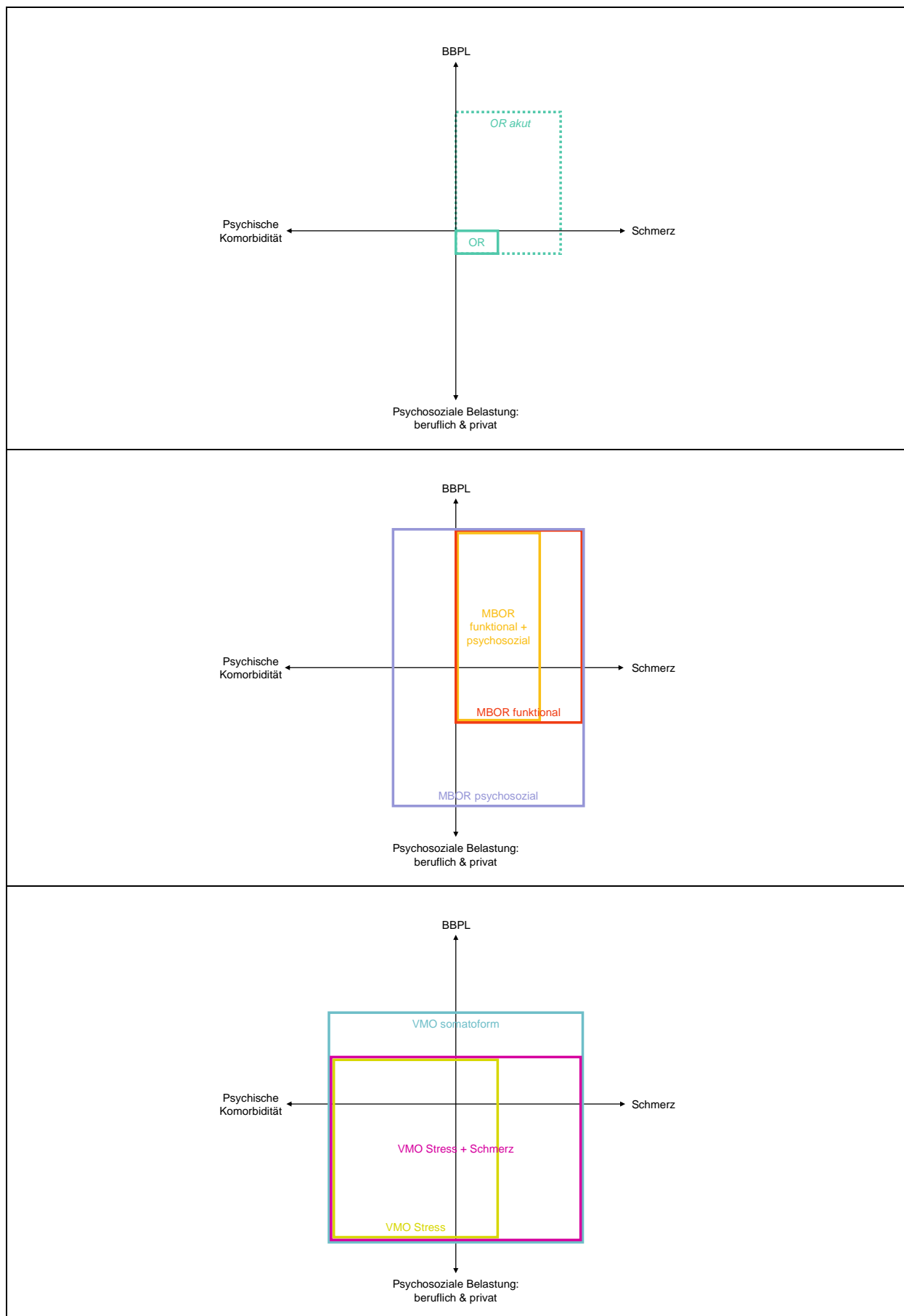
Die gestrichelten Linien verdeutlichen, dass die Zuweisungspfade auch für Fallkonstellationen anwendbar sind, die in einzelnen Indikations-/Differenzkriterien von den herausgearbeiteten typisierten Problemlagen abweichen.

## 7.4 Behandlungspfade für die klinikseitige Fallsteuerung



Die gestrichelten Linien verdeutlichen, dass die Behandlungspfade auch für Fallkonstellationen anwendbar sind, die in einzelnen Indikations-/Differenzkriterien von den herausgearbeiteten typisierten Problemlagen abweichen.

## 7.5 Supplement II: Grafische Darstellung der Problemlagen



## 7.6 Fragenkatalog zur Unterstützung der Fallsteuerung

	Fragestellungen
<b>Gesundheitsstörung</b>	<i>Fokus: Diagnosen (Krankheitsgeschichte/-verlauf, Eigenanamnese, vorliegende Befunde...)</i>
<b>Körperstrukturen und -funktionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Ihren Körper (also z. B. an einzelne Körperteile, Organe oder auch deren Funktionen) denken, wo genau, würden Sie sagen, liegen da Ihre Probleme?</li> <li>- Und was genau funktioniert da nicht mehr so, wie Sie es sich wünschen würden?</li> <li>- Wenn Sie jetzt nicht nur an Ihren Körper, sondern auch an Ihre psychische und seelische Verfassung denken, gibt es dort irgendetwas, das Ihnen Probleme bereitet?</li> </ul> <p><i>Fokus: Schädigungen von Körperstrukturen &amp; -funktionen (Abgleich mit objektivierten Befunden), subjektive Schmerzintensität und -beeinträchtigung, Schmerzchronifizierungsgrad, psychischer Leidensdruck, Hinweise zu psychischer Komorbidität</i></p>
<b>Aktivitäten und Teilhabe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Ihren Alltag denken: Welche Aktivitäten bereiten Ihnen aufgrund Ihrer Erkrankung Schwierigkeiten und was können Sie nicht mehr so tun, wie Sie es sich eigentlich wünschen?</li> <li>- Wenn Sie jetzt einmal gezielt an ihren Arbeitsalltag denken, welche Tätigkeiten bereiten Ihnen da ganz konkret Probleme? Bzw. bei Arbeitslosigkeit: Welche Tätigkeiten könnten Ihnen bei einem künftigen Job ganz konkret Probleme bereiten?</li> <li>- Und im privaten Alltag: Welche Aktivitäten oder Tätigkeiten sind da ganz besonders problematisch für Sie?</li> <li>- Bei welchen Aktivitäten und Tätigkeiten erhoffen Sie sich eine Besserung durch die Reha?</li> <li>- Fühlen Sie sich von bestimmten Lebensbereichen, wie z. B. der Arbeit, dem sozialem oder kulturellem Leben ausgeschlossen bzw. können Sie an bestimmten Dingen nicht mehr in dem Umfang oder in der Intensität teilhaben, wie Sie es sich eigentlich wünschen?</li> </ul> <p><i>Fokus: Beeinträchtigungen von Aktivitäten &amp; Teilhabe im privaten und beruflichen Alltag</i></p>
<b>Umweltbezogene Kontextfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Sie jetzt einmal an ihr Umfeld und ihre konkreten Lebensumstände (also an Familie, Freunde, Beruf usw.) denken, gibt es dort irgendwelche Probleme oder Dinge, die Ihnen Ihre Situation zusätzlich erschweren?</li> <li>- Haben Sie beispielsweise irgendwelche Konflikte in der Familie oder im Freundes-/Bekanntenkreis, die Sie belasten?</li> <li>- Gibt es eventuell Spannungen auf Arbeit, mit Vorgesetzten oder KollegInnen?</li> <li>- Fühlen Sie sich zu Hause/auf Arbeit manchmal überfordert? Wenn ja, wodurch?</li> <li>- Kommen Sie gut mit den Anforderungen zurecht, die Ihnen auf</li> </ul>

	<p>Arbeit begegnen? (Ggf. konkreter nachfragen → körperliche Anforderungen: schwere Arbeiten, Zwangshaltungen etc.; psychosoziale Anforderungen: Zeitdruck, häufige Unterbrechungen während der Arbeit, Verantwortung, Überstunden, Arbeitsverdichtung etc.; Arbeitsbedingungen: Voll-/Teilzeit, Schichtarbeit, Befristung etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bzw. bei Arbeitslosigkeit: Wie müsste ein Job – wenn sie jetzt einmal an die gestellten Anforderungen und die Arbeitsbedingungen denken – idealerweise aussehen, dass er Ihnen und Ihrer Erkrankung entgegenkommt? Mit welchen Anforderungen und Arbeitsbedingungen hätten Sie auf jeden Fall Probleme?</li> <li>- Sind Sie derzeit von Ängsten betroffen, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren oder erleben/erwarten Sie eine Verschlechterung ihrer Arbeitsplatzsituation?</li> <li>- Bzw. bei Arbeitslosigkeit: Welche Auswirkungen hat Ihre Arbeitslosigkeit auf Ihre gesundheitliche Situation?</li> <li>- Haben Sie finanzielle Sorgen?</li> <li>- Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge oder Personen, die Ihnen dabei helfen, mit Ihren Problemen umzugehen?</li> <li>- Mit wem besprechen Sie Probleme?</li> <li>- Können Sie mit Unterstützung und Verständnis seitens Ihrer Familie und/oder ihres Freundes- und Bekanntenkreises rechnen?</li> <li>- Wie verhält es sich bei Ihnen auf Arbeit: Haben Ihre Vorgesetzten und KollegInnen Verständnis für Ihre Situation?</li> </ul> <p><i>Fokus: psychosoziale Belastungen/Barrieren/Hemmfaktoren in der privaten und beruflichen Umwelt, Ressourcen/Förderfaktoren in der privaten und beruflichen Umwelt, Sozial- und Berufsanamnese</i></p>
<b>Personenbezogene Kontextfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was sind Ihrer Ansicht nach die Ursachen Ihrer Erkrankung?</li> <li>- Wie sind Sie bislang mit Ihrer Erkrankung umgegangen? Was haben Sie bislang unternommen, um eine Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Situation zu erzielen?</li> <li>- Was wirkt sich Ihrer Ansicht oder Erfahrung nach positiv, was negativ auf Ihre gesundheitliche Situation/Erkrankung aus?</li> <li>- Wenn Sie jetzt einmal auf sich selbst, auf Ihre Eigenschaften, Ihre Erfahrungen und Ihre Lebensführung schauen, gibt es dort etwas, das sich negativ auf Ihre Situation auswirken könnte?</li> <li>- Gibt es auch Eigenschaften, Erfahrungen oder Aspekte Ihrer Lebensführung, die Ihnen Ihrer Ansicht nach helfen, mit Ihren Problemen umzugehen?</li> <li>- Wie gehen Sie beispielsweise mit Stress um?</li> <li>- Würden Sie sagen, Sie können Konflikte gut bewältigen?</li> <li>- Fällt es Ihnen leicht abzuschalten?</li> <li>- Was tun Sie gegen Schmerzen?</li> <li>- Welchen Stellenwert hat ihr Beruf für Sie?</li> <li>- Denken Sie, dass Sie ausreichend für Ihre Anstrengungen auf</li> </ul>

	<p>Arbeit belohnt werden (z. B. durch Lob, Anerkennung, durch ein entsprechendes Gehalt, durch Aufstiegschancen)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor (Rückkehr an Arbeitsplatz/in Beruf/auf allg. Arbeitsmarkt)? Glauben Sie, dass Sie wieder in Ihren Beruf zurückkehren können?</li> <li>- Was erhoffen Sie sich von Ihrer Reha?</li> <li>- Welche konkreten Reha-Ziele haben Sie?</li> </ul> <p><i>Fokus: Krankheits- u. Schmerzbewältigungskompetenzen/-strategien, Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen/-strategien, arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, Gratifikationskrisen, Reha-Ziele, Erwartungen an die Reha, subjektive Erwerbsprognose, Motivation: für berufsbezogene Angebote, für psychologische Angebote, für Return To Work</i></p>
--	---

## 7.7 Diagnostikinstrumente zur Unterstützung der Fallsteuerung

	Diagnostikinstrumente
<b>Gesundheitsstörung, Körperstrukturen und -funktionen</b>	<p>Instrumente zur Erfassung von Schädigungen psychischer Körperfunktionen/psychischer Komorbidität, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient Health Questionnaire (PHQ, Gräfe et al. 1999)</li> <li>- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D, Herrmann und Buss 1994)</li> <li>- Depression Anxiety Stress Scales (DASS, Nilges et al. 2012)</li> </ul> <p>Instrumente zur Erfassung der Schmerzchronifizierung und des Schmerzerlebens, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mainz Pain Staging System (MPSS, Gerbershagen 1986, Frettlöh et al. 2003)</li> <li>- Visuelle Analogskala bzw. Numerische Ratingskala (VAS, NRS, Schomacher 2008)</li> <li>- Schmerzempfindungsskala (SES, Geissner 1996)</li> </ul>
<b>Aktivitäten und Teilhabe</b>	<p>Objektivierte Verfahren zur Messung der beruflichen Leistungsfähigkeit, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation Funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL, Isernhagen et al. 1999, Kaiser et al. 2000)</li> <li>- SAPPHIRE Arbeitskapazitäten System (Simwork Systems / Work Recovery Europe BV)</li> <li>- Evaluation der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz (ELA, Drüke et al. 2010)</li> </ul> <p>Selbstauskunftsverfahren zur Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe im beruflichen wie privaten Bereich, z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Work Ability Index - WAI (dt.: Arbeitsbewältigungsindex – ABI, Hasselhorn und Freude 2007)</li> <li>- Spinal Function Sort (Performance Assessment and Capacity Testing „PACT-Test“, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1996)</li> <li>- Funktionsfragebogen Hannover (FFbH-R, Kohlmann und Raspe 1996)</li> <li>- Pain Disability Index (PDI, Dillmann et al. 1994)</li> </ul>
<b>Umweltbezogene Kontextfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work-family-conflict-Skala (WFC-Skala, Wolff und Höge 2011)</li> <li>- Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU, Fydrich et al. 2007)</li> <li>- Fragebogen zur Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden (DiaRes), Skala ‚Psychosoziale Ressourcen‘ (Dieckmann et al. 2010)</li> <li>- Fragebogen über Arbeitsbelastungen und Auswirkungen auf das Befinden (FEBA-B, Slesina 1991)</li> </ul>



<b>Personenbezogene Kontextfaktoren</b>	<p>Stress- und Konfliktbewältigungskompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS, Schulz et al. 2004)</li> </ul> <p>Schmerz- und Krankheitsbewältigungskompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV, Geissner 2011)</li> <li>- Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, dt. Version (FABQ-D)</li> </ul> <p>Sonstige Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen zur Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden (DiaRes), Skala ‚Persönliche Ressourcen‘ Dieckmann et al. 2010)</li> </ul> <p>Berufsbezogene Einstellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE, Mittag und Raspe 2003, Mittag et al. 2006)</li> <li>- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM, Schaarschmidt 2006)</li> <li>- Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (DIAMO, Ranft et al. 2009)</li> <li>- Fragebogen zur Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM, Zwerenz und Beutel 2006)</li> <li>- Job-Angst-Skala (JAS, Linden et al. 2008)</li> <li>- Skala Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (Schyns und von Collani 2002)</li> <li>- Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI, Siegrist 1996, Siegrist et al. 2004)</li> </ul> <p>Reha-Erwartungen und -ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen zu rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM, Deck et al. 1996)</li> <li>- Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20, Kriz et al. 2006)</li> </ul>
<b>Ebenenübergreifende Instrumente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)</li> <li>- Indikatoren des Reha-Status (IRES-3, Bührlen et al. 2005, IRES-24, Wirtz et al. 2005)</li> </ul>
<b>Screenings</b>	<p>Besondere berufliche Problemlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C, Streibelt 2009)</li> <li>- Würzburger Screening (Löffler et al. 2008)</li> <li>- Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR, Bürger und Deck 2009)</li> </ul>

	<p>Psychosoziale Problemlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-4, Löwe et al. 2010)</li> <li>- Ultra-Kurz-Screening: Selbsteinschätzung zu psychosozialen Problemlagen von Rehabilitanden in der Orthopädie (UKS, Küch 2011a)</li> </ul>
--	---

## 8. Ergebnisse der kommunikativen Validierung

Zur Ergebnispräsentation und kommunikativen Validierung wurden alle BehandlerInnen und BegutachterInnen sowie die beiden ExpertInnen eingeladen, die an den Fokusgruppen zu Beginn des Projektes teilgenommen haben. Der Einladung folgten zwei BehandlerInnen aus K1 (zwei Ärzte), vier BehandlerInnen aus K2 (zwei ÄrztInnen, eine Sozialarbeiterin, ein Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut) und beide ExpertInnen. An Stelle der sieben an den Fokusgruppen beteiligten BegutachterInnen, nahmen drei andere BegutachterInnen der DRV Bund teil. In dem 2 ½-stündigen Treffen wurde zunächst das Projekt skizziert (Eckdaten, Hintergrund, Ziel, Methodik, Theoretischer Rahmen), gefolgt von einer ausführlicheren Darstellung der zentralen Ergebnisse sowie der erstellten Praxistools. Die TeilnehmerInnen erarbeiteten sodann in zwei parallelen Arbeitsgruppen (AG 1 „OR/MBOR“, AG 2 „OR/VMO“) Behandlungsempfehlungen für die einzelnen Problemlagen und deren Subgruppen. Diese wurden im Anschluss an das Treffen in die Typisierten Problemlagebeschreibungen eingearbeitet (siehe Kap. 7.1.1 – 7.1.3). Zentrales Anliegen des Treffens war es darüber hinaus jedoch, Rückmeldungen zu den Ergebnissen (inhaltliches Feedback) und zu den Praxistools (Feedback zur Praktikabilität und Nutzen) zu erhalten.

Zur Beschreibung der OR-Problemlage wurde von einem Begutachter angemerkt, dass diese sehr „idealisiert“ oder zumindest sehr „klinikspezifisch“ (im Sinne einer „Positivauswahl“) wäre, da die in die OR zugewiesenen Versicherten üblicherweise doch stärker belastet wären. Daran schloss sich eine kurze Diskussion darüber an, ob die in den Anträgen (Selbstauskunftsbogen und Ärztlicher Befundbericht) dargestellten Probleme nicht häufig auch verzerrt seien. So würden Versicherte ihre Beschwerden oftmals überbetonen, um eine medizinische Rehabilitation zu erhalten und HausärztInnen, auch aus Abrechnungsgründen, häufiger als eigentlich indiziert psychosoziale Probleme oder gar F-Diagnosen angeben. Der „inflationäre“ Gebrauch von F-Diagnosen erschwere vor allem auch die Identifizierung von VMO-PatientInnen, erst recht wenn man an die Abgrenzung zur herausgearbeiteten ‚MBOR psychosozial‘ Subgruppe denke. Hier wäre der Einsatz von Z-Diagnosen seitens der HausärztInnen hilfreich. Die Ausdifferenzierung der MBOR- und der VMO-Problemlage in jeweils drei Subgruppen könnte für die (Behandlungs-)Praxis zu kleinteilig sein. Wichtig sei für die MBOR die Differenzierung in stärker körperlich und stärker psychosozial belastete PatientInnen und für die VMO die Differenzierung in Schmerz- und StresspatientInnen (also in die von den Kliniken in den Fokusgruppen bereits genannten Subgruppen). Hier ergebe sich für die Kliniken die Herausforderung diese Differenzierungen in die für die MBOR und VMO üblichen (als richtig und wichtig erachteten) Gruppenkonzepte zu integrieren. Denkbar wären Stress- und Schmerzmodule (ebenfalls in Gruppen), die je nach Bedarf und ggf. über die Behandlungszweige hinweg verordnet werden könnten. Hinsichtlich der erstellten

Praxistools (insb. Typisierte Problemlagebeschreibungen, Fragekatalog, Sammlung von Diagnostikinstrumenten) wurde rückgemeldet, dass diese sich sowohl auf Träger- als auch auf Klinikseite sehr gut für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Behandlungsangebote sowie für die Schulung von (neuen) MitarbeiterInnen eignen würden. Von den BegutachterInnen der DRV wurde der praktische Nutzen der Praxistools (insb. der Zuweisungspfade) für die eigentliche Zuweisungsentscheidung im Rahmen der Antragsbearbeitung jedoch bezweifelt. Zweifel und Kritik betrafen dabei die gleichen Punkte, die auch gegenüber dem SIMBO und dem im Rahmen eines Pilotprojektes von der DRV Bund kürzlich getesteten generischen Screening vorgebracht wurden. So kritisierten die BegutachterInnen, dass die Zuweisungsentscheidung nach einem vorgegebenen Algorithmus und an diesen gebundenen Schwellenwerten (in eindeutigen Fällen durch VerwaltungsmitarbeiterInnen, in unklaren Fällen mit ihrer Hilfe) getroffen wird bzw. getroffen werden soll, anstatt auf Grundlage einer sozialmedizinischen Begutachtung aller in den Antragsunterlagen enthaltenen Informationen (d. h. ihre Sichtung, Gewichtung und Plausibilisierung für den Einzelfall). Diese Kritik schließt sich damit nahtlos an die bereits in der BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppe vorgebrachte Ablehnung gegenüber der Identifizierung und Festlegung von problemlagespezifischen („ein-eindeutigen“) Indikations-/Differenzkriterien an.

## **9. Zusammenfassung und Diskussion**

Ziel der qualitativ angelegten Studie war es, die Problemlagen, die eine OR, eine MBOR und eine VMO indizieren, mit Hilfe des biopsychosozialen Modells funktionaler Gesundheit der ICF weiter zu schärfen und voneinander abzugrenzen. Typische Fälle und Kennzeichen, einschließlich derer von eventuellen Sub- und Mischgruppen der drei Problemlagen, sollten unter Einbezug der Perspektiven aller relevanten AkteurInnen (RehabilitandInnen, BehandlerInnen, BegutachterInnen/ExpertInnen) identifiziert und auf dieser Grundlage praktikable Unterstützungstools für die Zuweisungs- und Behandlungspraxis für den Kontext der orthopädischen Rehabilitation der DRV entwickelt werden.

Die Studie ergab (für chronische RückenschmerzpatientInnen in der regulären medizinischen Rehabilitation) eine Ausdifferenzierung der MBOR- sowie der VMO-Problemlage in jeweils drei Subgruppen (‚MBOR funktional‘, ‚MBOR psychosozial‘, ‚MBOR funktional + psychosozial‘, ‚VMO Schmerz‘, ‚VMO Stress‘, ‚VMO Schmerz + Stress‘) sowie keine weitere Ausdifferenzierung der OR-Problemlage. Die Problemlagen und Subgruppen konnten insbesondere entlang der Differenzkriterien subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, besondere berufliche Problemlage (hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten, negative subjektive Erwerbsprognose), psychische Komorbidität sowie private und/oder berufliche psychosoziale Belastung voneinander abgegrenzt und geschärft werden. Die OR-

Problemlage kennzeichnet sich typischerweise durch eine geringere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung (außer bei akuten Problematiken), keine oder eine nur geringe private und/oder berufliche psychosoziale Belastung sowie durch die Abwesenheit sowohl einer besonderen beruflichen Problemlage als auch einer psychischen Komorbidität. Die MBOR-Subgruppe ‚MBOR funktional‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, eine mittlere psychosoziale Belastung im Berufsleben, dem Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (hohe AU-Zeiten und eine unklare subjektive Erwerbsprognose) sowie der Abwesenheit einer psychischen Komorbidität. Die MBOR-Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, eine hohe psychosoziale Belastung im Berufs- (und Privat-)leben, dem Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (hohe AU-Zeiten und eine unklare subjektive Erwerbsprognose) sowie durch erhöhte psychodiagnostische Kennwerte (jedoch keine psychische Komorbidität von Krankheitswert). Die MBOR-Subgruppe ‚MBOR funktional + psychosozial‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine mittelere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, eine mittlere psychosoziale Belastung im Berufsleben, dem Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (hohe AU-Zeiten und eine unklare, jedoch generell optimistische subjektive Erwerbsprognose) sowie der Abwesenheit einer psychischen Komorbidität. Die VMO-Subgruppe ‚VMO Schmerz‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine hohe subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung mit auffälliger Beschwerde- und Schmerzgeneralisierung, eine hohe psychosoziale Belastung im Berufs- und/oder Privatleben, dem gehäuftem Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage sowie dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität. Die VMO-Subgruppe ‚VMO Stress‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine geringere bis mittlere subjektive Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, eine hohe psychosoziale Belastung im Berufs- und/oder Privatleben, der überwiegenden Abwesenheit einer besonderen beruflichen Problemlage (keine erhöhten AU-Zeiten, positive subjektive Erwerbsprognose – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten) sowie dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität. Die VMO-Subgruppe ‚VMO Stress + Schmerz‘ kennzeichnet sich typischerweise durch eine hohe Schmerzwahrnehmung und -beeinträchtigung, eine hohe psychosoziale Belastung im Berufs- und/oder Privatleben, der überwiegenden Abwesenheit einer besonderen beruflichen Problemlage (keine erhöhten AU-Zeiten, positive subjektive Erwerbsprognose – entweder weil die psychosoziale Belastung aus dem privaten Bereich kommt oder aufgrund von Durchhalteverhalten) sowie dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität.

Im Abgleich mit dem Forschungsstand bestätigen die Ergebnisse zunächst einmal den bereits in der Einleitung dargelegten Befund von Streibelt et al. (2013), die bei einer repräsentativen Stichprobe von DRV Bund Versicherten mit Bewilligung auf eine medizinische Rehabilitation eine Gruppe von Personen identifizierten, die sowohl einen VMO-Bedarf (PHQ-4 Gesamtwert von über fünf Punkte) als auch einen MBOR-Bedarf (Fehlzeiten von über drei Monaten im Jahr vor der Rehabilitation oder subjektive Einschätzung nach der Rehabilitation "nicht mehr im Beruf arbeiten zu können") aufwiesen. In der vorliegenden Studie wurde eine solche ‚Mischproblematik‘ in der MBOR-Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘ sowie in der VMO-Subgruppe ‚Schmerz‘ deutlich.

Küch et al. (2011a) haben im Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Einsatz des UKS vier ‚Schweregrade‘ bei orthopädischen RehabilitandInnen unterschieden und mit einer Zuweisungs-/Behandlungsempfehlung verknüpft. Je nach dem bei wie vielen, der durch den UKS abgefragten vier Belastungen (psychische Komorbidität, Schmerzen, familiäre Belastungen und berufliche Belastungen) eine Person auffällig ist, ergibt sich einer der vier Schweregrade A-D. Die Zuweisungs-/Behandlungsempfehlung lautet: Rehabilitanden mit keiner oder nur einfacher psychosozialer Belastung (Schweregrade A und B) sollten das orthopädische Standardprogramm und dazu ein spezifisches psychologisches Angebot, Rehabilitanden mit Mehrfachbelastung (Schweregrade C und D) spezielle Gruppenprogramme aus dem Bereich VMO oder MBOR erhalten. Die zur Bildung der Schweregrade genutzten vier Indikatoren stimmen stark mit den zentralen Differenzkriterien überein, entlang derer in der vorliegenden Studie die Problemlagen und Subgruppen voneinander abgegrenzt werden konnten. Ein wesentlicher Unterschied letzterer zu ersteren besteht in der Abgrenzung und gesonderten Betrachtung besonderer beruflicher Problemlagen und psychosozialer Belastungen im beruflichen Bereich sowie in einer expliziteren Abstufung von Schmerz, psychosozialen Belastungen (im Berufs- und/oder Privatleben) und psychodiagnostischer Auffälligkeit/Komorbidität. Dadurch können nicht nur die drei ‚groben‘ Problemlagen, sondern auch deren Subgruppen und Mischtypen sichtbar gemacht werden.

Ein prominenter Ansatz, verschiedene Problemlagen von Versicherten/RehabilitandInnen voneinander abzugrenzen, ist der der Bildung von ‚Rehabilitanden-Management-Kategorien‘ (kurz: RMK) (Schmidt et al. 2013). Differenzkriterien sind hier die An- bzw. Abwesenheit von Beeinträchtigungen auf der bio-, der psycho- sowie der sozialen Dimension. Für RehabilitandInnen mit chronischen Rückenschmerzen (‚reguläre‘ medizinische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung) konnten vier voneinander unterscheidbare Bedarfsgruppen ermittelt werden (Spyra et al. 2008). Bedarfsgruppe 1 umfasst RehabilitandInnen, die über alle Dimensionen hinweg eine niedrige Wahrscheinlichkeit für eine hervorgehobene Beeinträchtigung aufweisen. Bedarfsgruppe 4 umfasst RehabilitandInnen, die über alle

Dimensionen hinweg eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine hervorgehobene Beeinträchtigung haben. Die Bedarfsgruppen 2 und 3 sind durch eine hervorgehobene psychische bzw. durch eine hervorgehobene soziale oder berufliche Beeinträchtigung gekennzeichnet. Damit ähnelt die Bedarfsgruppe 1 der in der vorliegenden Studie identifizierten OR-Problemlage, die Bedarfsgruppe 4 der VMO-Subgruppe ‚VMO Schmerz‘ sowie der MBOR-Subgruppe ‚MBOR psychosozial‘. Die Bedarfsgruppe 2 weist Ähnlichkeiten zu den restlichen beiden VMO-Subgruppen ‚VMO Stress‘ und ‚VMO Stress + Schmerz‘ auf, die Bedarfslage 3 zu den restlichen beiden MBOR-Subgruppen ‚MBOR funktional‘ und ‚MBOR funktional + psychosozial‘. Die Zurodnung mehrerer Subgruppen zu einer Bedarfslage macht jedoch deutlich, dass diese Zuordnung wichtige Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht berücksichtigen kann.

Im Rahmen einer Nebenfragestellung der vorliegenden Studie wurde den in der Analyse der RehabilitandInneninterviews identifizierten Kennzeichen der individuellen Problemlagen ICF-Codes (Kategorien) zugeordnet. Dies diente zum einen dazu, Unterschiede zwischen den Problemlagen auch auf diese Weise noch einmal sichtbar zu machen. Zudem sollte so die Möglichkeit der Entwicklung OR-, VMO- und MBOR-spezifischer ICF-Core Sets unter Nutzung relevanter bestehender Core Sets (Chronischer Rückenschmerz, Generalisiertes Schmerzsyndrom, Depression, Vocational Rehabilitation) überprüft werden. Während die Aufstellung der zugeordneten ICF-Codes die Unterschiede zwischen den Problemlagen noch einmal verdeutlichte, konnten keine OR-, VMO- und MBOR-spezifischen ICF-Core Sets auf Basis der vier relevanten bestehenden Core Sets gebildet werden, da diese die aus den RehabilitandInneninterviews herausgearbeiteten Unterschiede zwischen den Problemlagen scheinbar nicht abbilden können.

Auf Basis der in der Studie gewonnenen Ergebnisse wurde für jede der sieben identifizierten Problemlagen jeweils eine typisierte Problemlagebeschreibung mit Indikations-/Differenzkriterien, einer Kurzbeschreibung, Behandlungsempfehlungen und Fallbeispielen angefertigt. Darüber hinaus wurden auf Grundlage der Ergebnisse Zuweisungspfade zur Unterstützung der Systemsteuerung seitens der Träger sowie Behandlungspfade zur Unterstützung der Fallsteuerung und Therapieplanung in den Kliniken, ein Supplement: Grafische Darstellung der Problemlagen zur Unterstützung von System- und Fallsteuerung, eine Sammlung von Diagnostikinstrumenten sowie ein Fragenkatalog zur Unterstützung der Fallsteuerung erstellt und in einem Treffen zur kommunikativen Validierung von den an der Studie beteiligten BehandlerInnen und ExpertInnen sowie von BegutachterInnen der DRV Bund hinsichtlich ihrer Praktikabilität und ihres Nutzens bewertet.

Die Ergebnisse der Studie liefern vertiefende und weiterführende Erkenntnisse hinsichtlich der verschiedenen Problemlagen innerhalb der orthopädischen Rehabilitation. Die erstellten Praxistools können sowohl auf Träger- als auch auf Klinikseite (insb. als Grundlage zur

Schulung von MitarbeiterInnen) zur weiteren Schärfung und Abgrenzung dieser Problemlagen beitragen, (darüber) Unterstützung bei der differenzierten Zuweisung und Behandlung bieten und somit einen wichtigen Beitrag zur bedarfsadäquaten rehabilitativen Versorgung leisten. Die Ergebnisse und Praxistools sind dabei vor dem Hintergrund folgender methodischer Stärken und Limitationen der Studie zu bewerten.

### *Stärken*

Das qualitative Design der Studie ermöglichte dank kleiner Fallgrößen eine tiefergehende, umfassende Analyse des Forschungsgegenstandes sowie dank seines offenen Charakters einen Erkenntnisgewinn jenseits vorgegebener Antwortkategorien.

Dabei wurde der Forschungsgegenstand dank des Multi-Perspektivenansatzes aus der Perspektive aller relevanten AkteurInnen beleuchtet (bei den RehabilitandInnen sogar mittels Interviews und standardisierten Fragebögen), wodurch die Studie und ihre Ergebnisse nicht nur auf einer breiteren Datenbasis fußen, sondern die aus jeder Perspektive/Datenquelle gewonnenen Daten auch miteinander trianguliert, d. h. einander gegenübergestellt, abgeglichen, zusammengeführt und verdichtet werden konnten. Durch den Einbezug aller relevanten AkteurInnen wurde so nicht nur ein höheres Maß an Validität erreicht, sondern auch eine Steigerung der Akzeptanz der Ergebnisse bei den relevanten AkteurInnen angestrebt.

Darauf zielte auch die vorgenommene kommunikative Validierung der in der Studie generierten Ergebnisse und Praxistools ab, die mit den an der Studie beteiligten BehandlerInnen und ExpertInnen sowie mit BegutachterInnen der DRV Bund zu Projektende durchgeführt wurde.

Die leitfadengestützte Erhebung und deduktiv-induktive Inhaltsanalyse der qualitativen Interviews und Fokusgruppen ermöglichte ein über alle Perspektiven/Datenquellen hinweg zielgerichtetes, am Erkenntnisinteresse strukturiertes Vorgehen, bei gleichzeitiger Offenheit gegenüber sich im Verlauf der Erhebung und Auswertung ergebender Themen. Durch den Einsatz des bio-psycho-sozialen Modells funktionaler Gesundheit der ICF wurde nicht nur erkenntnis-, sondern auch theoriegeleitet vorgegangen. Dies steigert nicht zuletzt auch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Vorgehens in Erhebung und Auswertung sowie die Verständlichkeit der generierten Ergebnisse und erstellten Praxistools.

### *Limitationen*

Wie alle qualitativ angelegten Studien, liefert auch diese keine im statistischen Sinne repräsentativen Daten und verallgemeinerbaren Ergebnisse („statistical generalization“, Polit und Beck 2010). Somit bleibt auch die quantitative Bedeutsamkeit der Problemlagen und Subgruppen (d. h. ihre Prävalenz in einem repräsentativen Sample) unklar. Was die Studie leisten kann, ist durch Verdichtung und Abstraktion das Typische und Wesentliche für den gewählten Kontext/das realisierte Sample (stationäre orthopädische Rehabilitation, DRV



Bund eigene bzw. federführend belegte Klinik mit allen drei Behandlungskonzepten, 18 weibliche und 6 männliche bei der DRV Bund versicherte Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz und einheitlicher Zuweisungsentscheidung seitens Träger und Klinik usw.) herauszuarbeiten (,analytic generalization‘) sowie Hinweise für die Übertragbarkeit (,transferability‘) der Ergebnisse auf andere, dem ,proximal similarity model‘ folgend v. a. ähnliche, Kontexte/Samples zu liefern (Polit und Beck 2010).

Künftige Studien könnten drei Ziele verfolgen: 1. Überprüfung der in der Studie vorgenommenen ,analytic generalization‘ (Replikation der Studie), 2. Überprüfung der Ergebnisse an einem repräsentativen Sample und 3. Überprüfung der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte/Samples.

Abschließend sei auf drei weitere Limitationen verwiesen: 1. Festlegung der Fallzahl im Vorherein statt Sampling bis zur theoretischen Sättigung, 2. Auswertung durch eine Person statt im Forscherteam und 3. Kommunikative Validierung mit nur zwei von drei beteiligten Akteursgruppen.

## Literatur

- Bethge M, Müller-Fahrnow W (2008). Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Rehabilitation* 47(4): 200-209
- Bethge M (2010). Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation. Lengerich, Papst Science
- Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C (2010). Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation – Eine cluster-randomisierte Studie. *Rehabilitation* 49(1): 2-12
- Bethge M (2011). Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation* 50(3): 145-151
- Bethge M, Brandes I, Kleine-Budde K, Löffler S, Neuderth S, Schwarz B, Schwarze M, Vogel H (2012). Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Im Internet: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MBOR\\_Management\\_Abschlussbericht.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MBOR_Management_Abschlussbericht.pdf); Stand: 22.01.2014
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006). ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Abwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt/Main, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Bühren B, Gerdes N, Jäckel WH (2005). Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Rehabilitation* 44: 63-74
- Bürger W, Deck R (2009). SIBAR - Ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 48(4): 211-221
- Blume C, Streibelt M, Thren K, Müller-Fahrnow W (2007). Effizienz berufsbezogener Maßnahmen. Ökonomische Evaluation eines Medizinisch Beruflich Orientierten Modells in der orthopädischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 72, 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Berlin: 252-254
- Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R (2004). ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med* (44 Suppl): 69-74
- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 37(4): 212-218
- Coenen M, Cieza A, Stamm TA, Amann E, Kollerits B, Stucki G (2006). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. *Arthritis Res Ther* 8(4): R84
- Deck R, Zimmermann M, Kohlmann T, Raspe H (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivation bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen Entwicklung eines standardisierten Fragebogens. *Rehabilitation* 37: 140-146
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO). Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2004). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- Dieckmann L, Fiedler RG, Greitemann B, Heuft G, Hinrichs J (2010). Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden anhand des DiaRes. DRV-Schriften, Band 88, 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Leipzig: 92-93
- Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU (1994): Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. Schmerz 8: 100-114
- Drüke T, Zander R, Alles T (2010). Therapieplanung in der MBO-Rehabilitation: Einschätzung körperlicher Leistungsfähigkeit bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA). Ein FCE-System in der rehabilitativen Praxis. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 86, 23. Jahrgang, 1-2010: 40-44
- Ehlert U (2003). Verhaltensmedizin. Berlin, Springer
- Finger ME, Escorpizo R, Glässel A, Gmünder HP, Lückenkemper M, Chans C, Fritz J, Studer U, Ekholm J, Kostanjsek N, Stucki G, Cieza A (2012). ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. Disabil Rehabil 34(5): 429-438
- Flick U (2004). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden, VS Verlag
- Flick U, von Kardorff E, Steinke I (2005). Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt
- Flick U (2007). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt
- Frettlöh J, Maier C, Gockel H, Hüppe M (2003). Validität des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung bei unterschiedlichen Schmerzdiagnosen. Schmerz 17: 240-251
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual. Göttingen, Hogrefe
- Geissner E (1996). Die Schmerzempfindungsskala SES. Göttingen, Hogrefe
- Geissner E (2001). Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV. Göttingen, Hogrefe
- Gerbershagen HU (1986). Organisierte Schmerzbehandlung: Eine Standortbestimmung. Internist 27: 459-469
- Geyh S, Cieza A, Bickenbach JE, Stucki G (2009). ICF personal factors preparatory outline. Nottwil: ICF Research Branch.
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. Diagnostica 50(4): 171-181
- Grebner M, Breme K, Rothoerl R, Woertgen C, Hartmann A, Thome C (1999). Coping und Genesungsverlauf nach lumbaler Bandscheibenoperation. Schmerz 13: 19-30
- Greitemann B, Dibbelt S, Büschel C (2004). Berufliche Orientierung in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Haben berufsbezogene Beratungs- und Behandlungsangebote langfristige Effekte? DRV-Schriften, Band 52, 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Frankfurt/Main: 235-237
- Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, Bucher PO, Deetjen W, Nyffeler ID, Gutenbrunner C, Hagen T, Hildebrandt M, Keller K, Nüchtern E, Rentsch HP, Schian H, Schwarze M, Sperling M, Seger W (2010). Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Gesundheitswesen 72: 908-916

- Hasselhorn HM, Freude G (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift: 87
- Herrmann C, Buss U (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 40: 143-154
- Hopf C (1978). Pseudo-exploration – Thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg.7, Heft 2, S. 97-115, F. Enke Verlag Stuttgart
- Isernhagen SJ, Hart DL, Matheson LM (1999). Reliability of independent observer judgments of level of lift effort in a kinesiophysical functional capacity evaluation. *Work* 12: 145-150
- Janssen PL, Ehler U (2003). Vom Verhältnis zwischen Psychosomatik und Verhaltensmedizin. *Psychotherapeut* 48(5): 301-302
- 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. *Rehabilitation* 39: 297-306
- Kirchberger I, Coenen M, Hierl FX, Dieterle C, Seissler J, Stucki G, Cieza A (2009). Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for diabetes mellitus from the patient perspective using focus groups. *Diabet Med* 26(7): 700-707
- Kleemann F, Krähnke U, Matuschek I (2009). Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden, VS Verlag
- Kohlmann T, Raspe H H (1996). Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Rehabilitation* 35: 1-8
- Kriz D, Wirtz M, Herwig J, Töns N, Hafen K, Nübling R, Bengel J (2006). Weiterentwicklung und Normierung des PAREMO. In: Nübling R, Muthny F, Bengel J (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Bern, Huber: 161-178
- Kuckartz U (2012). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Beltz Juventa
- Küch D, Arndt S, Grabe A, Manthey W, Schwabe M, Fischer D (2011a). UKS – Ultrakurzscreening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf*. Berlin, Deutscher Psychologen Verlag: 96-106
- Küch D, Roßband H, Morfeld M, Fischer D (2011b). Evaluation des psychologischen Gruppenprogramms BUSKO (Beruf und Stresskompetenz) in der orthopädischen Rehabilitation – Ergebnisse der Katamnese nach 12 Monaten. *DRV-Schriften*, Band 93, 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bochum: 197-198
- Lamnek S (2005). Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim, Basel, Beltz
- Lamnek S (2010). Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Weinheim, Basel, Beltz, PVU
- Linden M, Muschalla B, Olbrich D (2008). Die Job-Angst-Skala (JAS). Ein Fragebogen zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste. *Z Arb Organ* 52: 126-134
- Löffler S, Wolf H-D, Gerlich C, Vogel H (2008). Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Unveröffentlichter Projektabschlussbericht. Universität Würzburg
- Löffler S, Lukaszcik M, Gerlich C, Wolf HD, Neuderth S (2009). Dissemination von Forschungsergebnissen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in

die Praxis. Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e.V., 4. Reha-Symposium. Förderung der Nachhaltigkeit der Reha

Löffler S, Gerlich C, Lukascik M, Wolf HD, Neuderth S (2011). Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund

Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord 122(1-2): 86-95

Mangels M, Schwarz S, Worringer U, Holme M, Rief W (2009). Evaluation of a behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a randomized controlled study. Clin J Pain 25(5): 356-364

Mayring P (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz

Mittag O, Raspe H (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation 42: 169-174

Mittag O, Meyer T, Glaser-Möller N, Matthis C, Raspe H (2006). Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4.225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). Gesundheitswesen 68: 294-302

Müller-Fahrnow W, Greitemann B, Radoschewski FM, Gerwinn H, Hansmeier T (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Rehabilitation 44(5): e32-e45

Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (2006). Theoretische Grundlagen der MBOR Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich, Papst Science: 36-46

Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (2009). Grundlagen. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag: 1-14

Nilges P, Korb J, Essau H (2012). Der Depression-, Angst- und Stress-Score (DASS) in der Diagnostik von Schmerzpatienten. Schmerz (in Vorbereitung)

Panning S, Lehr D, Wirth A (1994). Kurz- und langfristige Effekte eines psychologischen Schmerzbewältigungstrainings während der Rehabilitation. Z med Psychol 3(4): 154-160

Petermann F (1997). Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. In: Petermann F (Hrsg.), Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin. Göttingen, Hogrefe

Philips HC (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. Behav Res Ther 25(4): 273-279

Polit D, Beck CT (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. Int J Nurs Stud 47: 1451-1458

Ranft A, Fiedler R, Greitemann R, Heuft G (2009). Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO). Psychother Psychosom Med Psychol 59: 21-30

Schaarschmidt U (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Bonn, Deutscher Psychologen Verlag GmbH: 59-82

- Schmidt C, Brünger M, Bernert S, Spyra K (2013). Validierung der Gültigkeit des Patientenklassifikationsansatzes der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) für chronische Rückenerkrankungen im Heilverfahren. *Rehabilitation* 52(05): 314-321
- Schohmacher J (2008). Gütekriterien der visuellen Analogskala zur Schmerzbewertung. *physioscience* 4: 125-133
- Schulz P, Schlotz W, Becker P (2004). TICS Triere Inventar zum chronischen Stress. Manual. Göttingen, Hogrefe.
- Schwarz S, Mangels M, Sohr G, Holme M, Worringer U, Rief W (2007). Welche klinische Bedeutung hat die Vorabzuweisung von Patienten zur orthopädischen bzw. verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger? *Rehabilitation* 46: 323-332
- Schwarz S, Mangels M, Sohr G, Holme M, Worringer U, Rief W (2008). Patienten mit vs. ohne psychische Störung in der orthopädischen Rehabilitation. *Schmerz* 22: 67-74
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) – Arbeitsgruppe Ergonomie (1996). Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten (PACT). Luzern, SAR
- Schyns B, von Collani G (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *Eur J Work Organ Psychol* 11: 219-241
- Seale C, Silverman D (1997). Ensuring rigour in qualitative research. *Eur J Public Health* 7: 379-384
- Siegrist J (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen, Hogrefe
- Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 58(8): 1483-1499
- Slesina W (1991). Zur Messung wahrgenommener Arbeitsbelastungen und gesundheitlicher Beschwerden. In: Wittenberg R (Hrsg.), *Person-Situation-Institution-Kultur*. Berlin, Duncker & Humblot: 339-358
- Spyra K, Müller-Fahrnow W, Blume C, Böttcher J, Erhart M, Streibelt M (2008). Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 80: 108-129
- Steinke I (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ empirischer Sozialforschung. Weinheim, München, Juventa
- Streibelt M (2009). Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation* 48(3): 135-144
- Streibelt M, Thren K, Müller-Fahrnow W (2009). Effektivität FCE-basierter medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen – Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. *Phys Med Rehab Kuror* 19(1): 34-41
- Streibelt M, Brünger M, Worringer U, Spyra K (2013). MBOR- Alternative oder Ergänzung zu verhaltensorientierter Rehabilitation? Ein repräsentativer Zielgruppenvergleich. *DRV-Schriften, Band 101, 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Mainz*: 248-250
- Streibelt M, Bethge M (2014). Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Int J Rehabil Res* [Epub ahead of print]
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6): 349-357

- Tschiesner U, Cieza A, Rogers SN, Piccirillo J, Funk G, Stucki G, Berghaus A (2007). Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 264(10): 1215-1222
- Wirtz M, Farin E, Bengel J, Jäckel WH, Hämmerer D, Gerdes N (2005). IRES-24 Patientenfragebogen: Entwicklung der Kurzform eines Assessment-Instrumentes in der Rehabilitation mittels der Mixed-Rasch-Analyse. *Diagnostica* 51: 75-87
- Witzel A (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen.* Frankfurt/Main, Campus
- Witzel A (1989). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder.* Heidelberg, Asanger: 227-256
- Witzel A (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol. 1, No. 1, Art. 22
- Witzel A (2002). Das Problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol. 1, No. 1, Art. 22
- Wolff HG, Höge T (2011). Konflikte zwischen Arbeit und Familie. Eine deutschsprachige Adaptation der mehrdimensionalen Skala von Carlson, Kacmar und Williams (2000). *Z Arb Organ* 55: 143-152
- Worringen U, Streibelt M, Schwabe M, Küch D (2012). Optimierung der Zuweisung zur verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) durch die DRV-Bund: Erprobung eines Screeningsinstruments. *DRV-Schriften*, Band 98, 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Hamburg: 118-120
- Zwerenz R, Beutel ME (2006). Entwicklung und Validierung des Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). In: Nübling R, Muthny FA, Bengel J (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartungen.* Bern, Huber: 231-251

## **Anhang**

Anlage 1: Leitfaden für die RehabilitandInneninterviews

Anlage 2: Leitfaden für die BehandlerInnenfokusgruppen

Anlage 3: Leitfaden für die BegutachterInnen-/ExpertInnenfokusgruppe

Anlage 4: SIMBO-C

Anlage 5: UKS

Anlage 6: ICF-Ver codung der RehabilitandInneninterviews



## **EX-PLORE - Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation**

### **Leitfaden für die RehabilitandInneninterviews**

#### **Einführung**

Guten Tag und vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an einem Interview teilzunehmen! Mein Name ist Betje Schwarz, ich bin Diplom-Soziologin und arbeite seit März 2011 an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit Januar 2013 arbeite ich in dem Projekt „EX-PLORE“, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert wird. Frau/Herr XY hat Sie ja bereits über das Projekt informiert, Ihnen eine Teilnahmeinformation sowie eine Teilnahme Einwilligung in zweifacher Ausfertigung ausgehändigt.

Ich möchte Ihnen noch einmal ganz kurz das Projekt und den Ablauf des Interviews erklären, bevor wir starten. Das Ziel des Projektes ist es, mehr Informationen darüber zu gewinnen, wann eine Person eine bestimmte, nämlich die für sie passende und beste, Rehabilitationsform bekommen soll. In der orthopädischen Rehabilitation stehen derzeit drei Rehabilitationsformen zur Auswahl: die klassische medizinische Rehabilitation, die verhaltensmedizinisch und die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Bei der verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation wird die klassische Behandlung um verhaltensmedizinische Therapiebausteine erweitert, bei der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation findet eine besondere Fokussierung auf berufliche Probleme statt.

In dem Projekt „EX-PLORE“ führen wir nun Interviews mit PatientInnen aller drei Rehabilitationsformen durch. Wir wollen erfahren, wo die PatientInnen selbst ihre Beeinträchtigungen und Problemlagen sehen. Es gibt also kein richtig oder falsch. Es interessiert ganz allein Ihre persönliche Sichtweise. Das Interview wird ungefähr eine bis anderthalb Stunden dauern.

Ich möchte Sie gern bitten, das Interview aufnehmen zu dürfen. Nur so kann ich später auch wirklich alle Informationen aus unserem Gespräch nutzen. Die Tonaufnahme wird verschriftlicht und zu Projektende wieder gelöscht. Bei der Verschriftlichung werden alle personenbezogenen Daten (z. B. Namen) anonymisiert, d. h. niemand kann dann mehr Rückschlüsse darauf ziehen, dass wir das Interview mit Ihnen durchgeführt haben.

Sind Sie einverstanden, dass ich das Interview aufnehme?

Sie haben jederzeit – auch nach unserem Gespräch – die Gelegenheit, Einwand gegen die Verwendung des Gesprächs oder einzelner Gesprächsinhalte zu erheben.

Haben Sie noch Fragen bezüglich des Projektes oder des Interviews?

#### **0. Einstiegsfragen**

- a) Zu Beginn würde ich Sie gern bitten, sich kurz vorzustellen und mir ein wenig von Ihrer aktuellen Lebenssituation zu erzählen.
- b) Und wie kam es dann dazu, dass Sie einen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt haben?
- c) Was sind Ihrer Ansicht nach die konkreten Probleme, aufgrund derer Sie hier sind und die hier behandelt werden sollen?
- d) Was erhoffen Sie sich ganz persönlich von der Reha?

**Im Folgenden würde ich jetzt sehr gern detaillierter mit Ihnen über die Probleme sprechen, wegen derer Sie hier in der medizinischen Rehabilitation sind.**

**1. Körperstrukturen** (*Anatomische Teile, wie Organe, Gliedmaßen u. ihre Bestandteile*) und **Körperfunktionen** (*Physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschl. psychologischer Funktionen*)

a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Ihren Körper (also z. B. an einzelne Körperteile, Organe oder auch deren Funktionen) denken, wo genau, würden Sie sagen, liegen da Ihre Probleme?

b) Und was genau funktioniert da nicht mehr so, wie Sie es sich wünschen würden? (Beispiel aus dem Alltag zu a und b)

c) Wenn Sie jetzt nicht nur an Ihren Körper, sondern auch an Ihre psychische und seelische Verfassung denken, gibt es dort irgendetwas, das Ihnen Probleme bereitet?

(Beispiel aus dem Alltag zu c)

*ICF-Klassifikation KS: Strukturen des Nervensystems, Auge, Ohr u. mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen, die an Stimme und Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- u. Atmungssystems, mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel u. endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen, mit dem Urogenital- u. dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen, mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut u. Hautanhangsgebilde*

*ICF-Klassifikation KF: mentale Funktionen, Sinnesfunktionen u. Schmerz, Stimm- u. Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystems, Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- u. endokrinen Systems, Funktionen des Urogenital- u. reproduktiven Systems, Neuromuskuloskeletale u. bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut u. der Hautanhangsgebilde*

## **2. Kontextfaktoren**

### **2.1 Umweltbezogene Kontextfaktoren** (*Materielle, soziale u. einstellungsbezogene Umwelt*)

a) Wenn Sie jetzt einmal an ihr Umfeld und ihre konkreten Lebensumstände (also an Familie, Freunde, Beruf usw.) denken, gibt es dort irgendwelche Probleme oder Dinge, die Ihnen Ihre Situation zusätzlich erschweren?

(Beispiel aus dem Alltag)

b) Und andersherum: Gibt es in Ihrem Umfeld auch Dinge oder Personen, die Ihnen dabei helfen, mit Ihren Problemen umzugehen?

*ICF-Klassifikation: Produkte u. Technologien, Natürliche u. vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung u. Beziehungen, Einstellungen, Werte u. Überzeugungen anderer Personen u. der Gesellschaft, Dienste, Systeme u. Handlungsgrundsätze*

### **2.2 Personbezogene Kontextfaktoren** (*Besonderer Hintergrund des Lebens u. der Lebensführung einer Person; ihre Eigenschaften und Attribute*)

a) Wenn Sie jetzt einmal auf sich selbst, auf Ihre Eigenschaften, Ihre Erfahrungen und Ihre Lebensführung schauen, gibt es dort etwas, das sich negativ auf Ihre Situation auswirken könnte?

(Beispiel aus dem Alltag)

b) Und auch hier wieder andersherum gefragt: Gibt es auch Eigenschaften, Erfahrungen oder Aspekte Ihrer Lebensführung, die Ihnen Ihrer Ansicht nach helfen, mit Ihren Problemen umzugehen?

*ICF-Klassifikation: Alter, Geschlecht, Charakter, Lebensstil, Fitness, sozialer Hintergrund, Erziehung, Bildung/Ausbildung, Beruf, Erfahrung, Coping, genetische Prädisposition*

### **3. Aktivitäten und Teilhabe**

*ICF-Klassifikation: Lernen und Wissensanwendung, Allg. Aufgaben und Anforderungen (z. B. Bewältigung tägl. Routine, Umgang mit Stress), Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben*

#### **3.1 Aktivitäten** *(Durchführung von Aufgaben oder Handlungen)*

Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Ihren Alltag (beruflich wie privat) denken: Welche Aktivitäten bereiten Ihnen Schwierigkeiten und was können Sie nicht mehr so tun, wie Sie es sich eigentlich wünschen?

#### **3.2 Teilhabe** *(Einbezogenheit einer Person in eine Lebenssituation o. einen Lebensbereich)*

Fühlen Sie sich von bestimmten Lebensbereichen, wie z. B. Arbeit, sozialem oder kulturellem Leben ausgeschlossen bzw. können Sie an bestimmten Dingen nicht mehr so teilhaben, wie Sie es sich eigentlich wünschen würden?

**4.** Wir haben ja jetzt ausführlich über Ihre Probleme gesprochen, gibt es noch irgendetwas was bisher nicht angesprochen wurde?

**5.** *Falls bislang unzureichend thematisiert: Wie sind Sie denn bislang mit diesen Problemen umgegangen? ... Was hat Ihnen geholfen, mit Ihren Problemen umzugehen? ...*

Was könnte Ihnen helfen, in Zukunft (noch) besser mit Ihren Problemen umzugehen?

**6.** Sie sind ja jetzt seit X Tagen hier in der Klinik. Wurde denn aus Ihrer Sicht bereits umfassend mit Ihnen über Ihre Probleme gesprochen?

**Haben Sie noch Fragen?**

## **EX-PLORE - Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation**

### **Leitfaden für die BehandlerInnen-Fokusgruppen**

#### **Begrüßung**

#### **Einführungsvortrag (ppt)**

#### **Anmerkungen zum Datenschutz**

#### **Vorstellungsrunde**

Zu Beginn möchte ich Sie gern um eine kleine Vorstellungsrunde bitten. Dabei interessieren mich neben Ihrer Profession und Funktion hier im Hause insbesondere Ihre Berührungspunkte mit den drei Behandlungszweigen – OR, VMO und MBOR.

#### **0. Einstiegsfragen**

a) Inwiefern brachten denn die Ausdifferenzierung der orthopädischen Rehabilitation und das parallele Angebot von OR, VMO und MBOR für Sie Probleme bei der Auswahl und Zuweisung von RehabilitandInnen für einen dieser Behandlungszweige mit sich?

b) Wo liegen Ihrer Ansicht nach eindeutige Unterschiede in den Problemlagen, die eine OR, VMO oder MBOR indizieren? Auf welche Kriterien sollte also jemand achten, der eine Auswahl und Zuweisung von RehabilitandInnen in die drei Behandlungszweige vornehmen möchte?

c) Wo liegen Ihrer Ansicht nach Überschneidungen und Abgrenzungsprobleme?

Sie haben jetzt ja schon ein paar Merkmale der Problemlagen benannt. Ich würde im Folgenden nun gerne mit Ihnen den einzelnen Modelldimensionen der ICF folgen und versuchen, die Problemlagen entlang dieser Dimensionen Schritt für Schritt zu spezifizieren und voneinander abzugrenzen. Ich habe hier vorn noch einmal eine Übersicht über die einzelnen Modelldimensionen mitgebracht, die uns allen zur Orientierung helfen soll.

#### **1. Körperfunktionen** (*Physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschl. psychologischer Funktionen*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede hinsichtlich der Schädigungen von Körperfunktionen?

b) Welche Schädigungen in den Körperfunktionen weist ein typischer OR-, VMO- bzw. MBOR-Fall auf?

*ICF-Klassifikation: mentale Funktionen, Sinnesfunktionen u. Schmerz, Stimm- u. Sprechfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen Immun- und Atmungssystems, Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- u. endokrinen Systems, Funktionen des Urogenital- u. reproduktiven Systems, Neuromuskuloskeletale u. bewegungsbezogene Funktionen, Funktionen der Haut u. der Hautanhangsgebilde*

#### **2. Körperstrukturen** (*Anatomische Teile, wie Organe, Gliedmaßen u. ihre Bestandteile*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede in den Schädigungen der Körperstrukturen?

b) Welche Schädigungen in den Körperstrukturen weist ein typischer OR-, VMO- bzw. MBOR-Fall auf?

*ICF-Klassifikation: Strukturen des Nervensystems, Auge, Ohr u. mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen, die an Stimme und Sprechen beteiligt sind, Strukturen des kardiovaskulären, Immun- u. Atmungssystems, mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel u. endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen, mit dem Urogenital- u. dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen, mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen, Strukturen der Haut u. Hautanhangsgebilde*

### **3. Kontextfaktoren**

#### **3.1 Umweltbezogene Kontextfaktoren** (*Materielle, soziale u. einstellungsbezogene Umwelt*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede hinsichtlich der umweltbezogenen Kontextfaktoren?

b) Welche umweltbezogenen Barrieren weist ein typischer OR-, VMO-, MBOR-Fall auf?

*ICF-Klassifikation: Produkte u. Technologien, Natürliche u. vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung u. Beziehungen, Einstellungen, Werte u. Überzeugungen anderer Personen u. der Gesellschaft, Dienste, Systeme u. Handlungsgrundsätze*

#### **3.2 Personbezogene Kontextfaktoren** (*Besonderer Hintergrund des Lebens u. der Lebensführung einer Person; ihre Eigenschaften und Attribute*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede hinsichtlich der personbezogenen Kontextfaktoren?

b) Welche personbezogenen Barrieren weist ein typischer OR-, VMO-, MBOR-Fall auf?

*ICF-Klassifikation: Alter, Geschlecht, Charakter, Lebensstil, Fitness, sozialer Hintergrund, Erziehung, Bildung/Ausbildung, Beruf, Erfahrung, Coping, genetische Prädisposition*

### **4. Aktivitäten und Teilhabe**

*ICF-Klassifikation: Lernen und Wissensanwendung, Allg. Aufgaben und Anforderungen (z. B. Bewältigung tägl. Routine, Umgang mit Stress), Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben*

#### **4.1 Aktivitäten** (*Durchführung von Aufgaben oder Handlungen*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede hinsichtlich von Aktivitätseinschränkungen?

b) Welche Einschränkungen in den Aktivitäten weist ein typischer OR-, VMO-, MBOR-Fall auf?

#### **4.2 Teilhabe** (*Einbezogenheit einer Person in eine Lebenssituation o. einen Lebensbereich*)

a) Inwiefern bestehen zwischen RehabilitandInnen, die eine OR, VMO bzw. MBOR erhalten, Unterschiede hinsichtlich ihrer Teilhabe?

b) Welche Einschränkungen in der Teilhabe weist ein typischer OR-, VMO-, MBOR-Fall auf?

**5. Abschlussfrage: Wurde Ihrer Ansicht nach irgendetwas Wichtiges nicht erwähnt oder haben sie noch Anmerkungen oder Fragen?**

## **EX-PLORE - Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation**

### **Leitfaden für die BegutachterInnen-Fokusgruppe**

#### **Begrüßung**

#### **Einführungsvortrag (ppt)**

#### **Anmerkungen zum Datenschutz**

#### **Vorstellungsrunde**

Zu Beginn möchte ich Sie gern um eine kleine Vorstellungsrunde bitten. Dabei interessieren mich neben Ihrer Profession und Funktion hier im Hause insbesondere Ihre bisherigen Berührungspunkte mit den drei Behandlungszweigen – OR, VMO und MBOR.

#### **Einstiegsfragen**

- a) Als erstes würde ich gern erfahren, inwiefern die Ausdifferenzierung der orthopädischen Rehabilitation und das parallele Angebot von OR, VMO und MBOR für Sie Probleme bei der Zuweisung von AntragstellerInnen in einen dieser Behandlungszweige mit sich brachten?
- b) Als nächstes würde ich gern wissen, auf welche Kriterien Sie bei der Zuweisungsentscheidung in einen der Behandlungszweige besonders achten? Wann entscheiden Sie sich also für eine Zuweisung in die OR, wann für eine Zuweisung in die VMO bzw. wann entscheiden Sie sich für eine Zuweisung in die MBOR?
- c) Wenn wir das bisher/eben Gesagte noch einmal rekapitulieren, wo liegen Ihrer Ansicht nach also eindeutige Unterschiede zwischen den Problemlagen, die eine OR, eine VMO bzw. eine MBOR indizieren und wo gibt es möglicherweise Überschneidungen und Abgrenzungsprobleme? (*Typische Fälle? Subgruppen? Mischfälle?*)
- d) Bereitet es Ihnen Probleme, zu entscheiden, ob jemand eher einer VMO oder eher einer psychosomatischen Rehabilitation bedarf – wenn ja, inwiefern?

Wir haben jetzt ja schon ein paar Merkmale der einzelnen Problemlagen gesammelt. Ich würde im Folgenden nun gerne – wie angekündigt – mit Ihnen den einzelnen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells funktionaler Gesundheit folgen und versuchen, die Problemlagen entlang dieser Dimensionen noch einmal Schritt für Schritt, systematisch zu spezifizieren.

(→ *Antragsunterlagen bieten nicht immer umfassende Informationen, insb. hinsichtl. einzelner Dimensionen → Fragen beziehen sich dann auf die Vorstellung, die die BegutachterInnen von den Problemlagen haben*)

#### **1. Körperstrukturen und -funktionen**

- a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an die körperlichen Beeinträchtigungen der AntragstellerInnen denken, inwiefern unterscheiden sich Ihrer Ansicht nach OR, VMO und MBOR-Fälle diesbezüglich voneinander? (*Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?*)
- b) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an die psychische Verfassung der AntragstellerInnen denken, inwiefern unterscheiden sich diesbezüglich diejenigen, die einer OR, VMO bzw. MBOR bedürfen? (*Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?*)

## **2. Kontextfaktoren**

### **2.1 Umweltbezogene Kontextfaktoren**

a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Belastungsfaktoren und Ressourcen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld von AntragstellerInnen denken, also an negative wie positive Einflussgrößen der beruflichen, wirtschaftlichen, familiären oder anderweitig sozialen Situation, inwiefern gibt es hier Unterschiede zwischen OR, VMO und MBOR-Fällen? *(Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?)*

### **2.2 Personenbezogene Kontextfaktoren**

a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an solche Aspekte denken, die eineN AntragstellerIn direkt als Person betreffen oder auszeichnen – also an soziodemographische Merkmale, an das Gesundheits- und Risikoverhalten oder auch an Strategien der Krankheits- und Schmerz- sowie der Stress- und Konfliktbewältigung – inwiefern bestehen hier Unterschiede zwischen OR, VMO und MBOR-Fällen? *(Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?)*

## **3. Aktivitäten und Teilhabe**

### **3.1 Aktivitäten**

a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an Aktivitätseinschränkungen von AntragstellerInnen denken – also an Einschränkungen hinsichtlich konkreter Tätigkeiten bei der Haus- und Sorgearbeit, in der Freizeit, im kulturellen und sozialen Leben, in der Erwerbsarbeit – inwiefern bestehen hier Unterschiede zwischen OR, VMO und MBOR-Fällen? *(Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?)*

### **3.2 Teilhabe**

a) Wenn Sie jetzt einmal gezielt an die Teilhabe an bestimmten Lebensbereichen (wie Arbeit, soziales und kulturelles Leben) bzw. an die Exklusion von selbigen denken, inwiefern bestehen hier Unterschiede zwischen AntragstellerInnen, die einer OR, VMO bzw. MBOR bedürfen? *(Typische Kennzeichen/Fälle OR, VMO u. MBOR, Abgrenzungsprobleme, Mischtypen, Subgruppen?)*

**4. Abschlussfrage: Wurde Ihrer Ansicht nach irgendetwas Wichtiges nicht erwähnt oder haben sie noch Anmerkungen oder Fragen?**

Anlage 4: SIMBO-C – Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen (Streibelt et al. 2009)

Patientennummer

--	--	--	--	--	--	--	--

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

**1. Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Erwerbssituation zu?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ganztags berufstätig             | <input type="checkbox"/> arbeitslos/erwerbslos                  |
| <input type="checkbox"/> mindestens halbtags berufstätig  | <input type="checkbox"/> Rentner wegen Erwerbsminderung         |
| <input type="checkbox"/> weniger als halbtags berufstätig | <input type="checkbox"/> Altersrentner                          |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann                   | <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen nicht erwerbstätig |

**2. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben (arbeitsunfähig)?**

- ☐ nein    ☐ ja — falls ja —> seit   Wochen

**3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?**

- ☐ nein    ☐ ja — falls ja —> insgesamt   (0 - 52 Wochen)

**4. Wie stark sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt? Der Begriff der Arbeit 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

**5. 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 ...

- |   | trifft zu                |                                       | trifft zu                |
|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann.  | <input type="checkbox"/> | eine Rente beantragen/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"/> |

**6. Was erhoffen Sie sich von Ihrem Reha-Aufenthalt? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an.)**

- | Ich hoffe, dass ...  | überhaupt nicht          | etwas                    | mäßig                    | ziemlich                 | sehr                     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| man hier endlich Zeit für mich haben wird.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mir Entlastung durch psychologische Betreuung angeboten wird.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| die Rehabilitation zur Klärung oder Besserung meiner beruflichen Situation beiträgt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Zum Ende der Befragung benötigen wir noch einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person:**

Alter

Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich



Anlage 5: UKS – UltraKurzScreening Selbsteinschätzung zu psychosozialen Problemlagen von Rehabilitanden in der Orthopädie

	<b>Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>An einzelnen Tagen</b>	<b>An mehr als der Hälfte der Tage</b>	<b>Beinahe jeden Tag</b>
Depressivität	1. wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ängste	3. Nervosität, Ängstlichkeit, Gereiztheit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	4. nicht in der Lage, Ihr Grübeln zu unterbrechen oder zu kontrollieren?.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schmerz	5. starke oder sehr starke körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	6. körperliche Schmerzen hinderten mich, ein normales Leben zu führen (Haushalt, Freizeit, Beruf u.a.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Familie	<b>Familiäre oder private Belastungen</b>	Überhaupt nicht	etwas	eher mehr	stark oder sehr stark
	7. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderen familiären bzw. privaten Belastungen oder Konflikten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Beruf	<b>Berufliche Belastungen</b>	Überhaupt nicht	eher weniger	eher mehr	stark oder sehr stark
	8. Leiden Sie gegenwärtig unter besonderem beruflichen Stress (Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit Arbeit, anderes)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Motivation	<b>Psychologische Betreuung in der Reha</b>	nicht wichtig	wenig wichtig	eher wichtig	besonders wichtig
	9. Wie wichtig sind Ihnen psychologische Therapieangebote in Ihrer Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Anlage 6: ICF-Vercodung der RehabilitandInneninterviews

		ICF-Codes
OR-Problemlage		
K1-OR-w1	KS	s76000 HWS s120 Rückenmark s7701 Gelenke s630 Geschlechtsorgane s430 Atemwege s250/s260 Mittel-/Innenohr
	KF	b28013 Rückenschmerz b2801 Schmerz in einem Körperteil b2403 o. b5350 Übelkeit, Schwindel/Brechreiz, Übelkeit b440 Atmungsft. b230 Schwerhörigkeit b4200 Bluthochdruck b1300 Ausmaß psych. Energie b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus
	A	Beruf d430 schwer Heben und Tragen Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen d9201 Sport/ d9201 Sport Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e350 Domestizierte Tiere Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-OR-w2	KS	s76002 LWS s76000 HWS s7701 Gelenke s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b715 Funktion der Gelenkstabilität b134 Funktionen des Schlafes b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus b1300 Ausmaß psych. Energie

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-OR-w2	A	Beruf d449 Gegenstände tragen, bewegen und handhaben Privatleben d5400 Kleidung anziehen d4100 Sich Hinlegen d420 Sich Verlagern d640 Hausarbeiten erledigen d6505 Innen- und Außenpflanzen pflegen Übergreifend d9201 Sport d910 Gemeinschaftsleben d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e555 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze von Vereinigungen und Organisationen Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente e5700 Dienste der sozialen Sicherheit
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung ADEM, ERI, SPE
K1-OR-w3	KS	s76000 HWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b265 Fkt. des Tastens b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen b710/b720 Beweglichkeit der Gelenke/Knochen; b7800 Empfindung v. Muskelsteifigkeit b28010 Kopf- und Nackenschmerz b134 Funktionen des Schlafes b650 Menstruationsfkt. b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus b152 Emotionale Fkt.
	A	Beruf d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen d920(1) Sport/ d920(1) Sport Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-OR-w3	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e135 Produkte u. Technologien für die Erwerbstätigkeit Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-OR-m1	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark s75011 Kniegelenk
	KF	b28013 Rückenschmerz b28010 Kopf- und Nackenschmerz b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen b28016 Gelenkschmerz b710/b720 Beweglichkeit der Gelenke/Knochen; b7800 Empfindung v. Muskelsteifigkeit b134 Funktionen des Schlafes b28012 Magen-/Bauchschmerz b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus
	A	Beruf d430 schwer Heben und Tragen d4153 In sitzender Position verbleiben Privatleben d650 Haushaltsgegenstände pflegen Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis e320 Freunde Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-OR-m1	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-OR-w1	KS	s7600 WS s120 Rückenmark
	KF	b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b650 Menstruationsfkt. b134 Funktionen des Schlafes b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus
	A	Beruf d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten Privatleben d9201 Sport Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e310 Engster Familienkreis e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-OR-m2	KS	s76001 BWS s120 Rückenmark s7302 Struktur d. Hand s75011 Kniegelenk
	KF	b28013 Rückenschmerz b710/b720 Beweglichkeit der Gelenke/Knochen; b7800 Empfindung v. Muskelsteifigkeit b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b265 Fkt. des Tastens b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus
	A	Beruf d430 schwer Heben und Tragen d4101/5 Hocken/sich beugen d4551 Klettern/Steigen Privatleben d650 Haushaltsgegenstände pflegen d440 Feinmotorischer Handgebrauch Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-OR-m2	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e355 Fachleute d. Gesundheitsberufe e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-MBOR-w1	KS	s7600 WS s120 Rückenmark s730 Str. der oberen Extremitäten s5801 Schilddrüse
	KF	b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b760 Fkt. d. Kontrolle v. Willkürbewegungen b1263 Psych. Stabilität b1265 Optimismus
	A	Beruf d430 schwer Heben und Tragen Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE

		ICF-Codes
K2-MBOR-m1	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b280 Schmerz b152 Emotionale Fkt.
	A	Beruf d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen d650 Haushaltsgegenstände pflegen d920 Erholung und Freizeit Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis e320 Freunde Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1201 Hilfsprodukte und unterstützende Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draußen und zum Transport
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
<b>MBOR-Problemlagen</b>		
K1-MBOR-m1 funkt	KS	s76000 HWS s120 Rückenmark s8102/4 Haut der oberen/unteren Extremitäten
	KF	b28013 Rückenschmerz b28016 Gelenkschmerz b134 Funktionen des Schlafes b4200 Erhöhter Blutdruck b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen b5401 Kohlenhydratstoffwechsel b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen b1300 Ausmaß psych. Energie
	A	Beruf d430 schwer Heben und Tragen d4154 In stehender Position verbleiben d4101 Hocken/ d4151 In hockender Position verbleiben d445 sich auf andere Weise fortbewegen d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d5101 Den ganzen Körper waschen d4551 Klettern/Steigen d430 schwer Heben und Tragen d4154 In stehender Position verbleiben d4501 Lange Entfernungen gehen d650 Haushaltsgegenstände pflegen

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-MBOR-m1 funkt	A	d9202 Kunst u. Kultur d9204 Hobbies Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-OR-m3 funkt	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark s530 Struktur des Magens
	KF	b28013 Rückenschmerz b134 Funktionen des Schlafes
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben d4154 In stehender Position verbleiben Privatleben d4153 In sitzender Position verbleiben d4154 In stehender Position verbleiben d4150 In liegender Position verbleiben d6505 Innen- u. Außenpflanzen pflegen d430 schwer Heben und Tragen/d9204 Hobbies Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e5902 Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens/ e165 Vermögenswerte, e165 Vermögenswerte Privatleben e310 Engster Familienkreis Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente



		ICF-Codes
Fortsetzung K2-OR-m3 funkt	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-MBOR-w1 psysoz	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark s7302 Struktur d. Hand
	KF	b28013 Rückenschmerz b28010 Kopf- und Nackenschmerz b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4101/2 Hocken/Knien d4105 Sich beugen d440 Feinmotorischer Handgebrauch Privatleben d4153 In sitzender Position verbleiben d4501 Lange Entfernungen gehen d430 schwer Heben und Tragen Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-MBOR-w3 psysoz	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark s7302 Struktur d. Hand s75011 Kniegelenk
	KF	b28013 Rückenschmerz b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit b28016 Gelenkschmerz b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4551 Klettern/Steigen d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d4101/2 Hocken/Knien, d4151/2 In hockender/kniender Position verbleiben Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-MBOR-w3 psysoz	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis e320 Freunde e320 Freunde e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI?, SPE
K2-OR-m1 psysoz	KS	s76002 LWS, s7600 WS s120 Rückenmark s730 Str. der oberen Extremitäten s530 Struktur des Magens
	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben d470 Transportmittel benutzen d430 schwer Heben und Tragen d4105 Sich beugen d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d9204 Hobbies d9205 Geselligkeit Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-OR-m1 psysoz	UF	Privatleben e355 Fachleute der Gesundheitsberufe e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis e320 Freunde e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-VMO-w3 psysoz	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b2702 Druck- u. Berührungsempfinden/b265 Fkt. des Tastens b4200 Erhöhter Blutdruck b4152 Blutgefäßfkt. b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben d4154 In stehender Position verbleiben d4501 Lange Entfernungen gehen d430 schwer Heben und Tragen d4105 Sich beugen d4551 Klettern/Steigen Privatleben d470 Transportmittel benutzen d4501 Lange Entfernungen gehen d430 schwer Heben und Tragen d4103 Sitzen d9201 Sport d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen e398 Unterstützung und Beziehungen, anders bezeichnet

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-VMO-w3 psysoz	UF	Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e320 Freunde e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-MBOR-w2 funkt+psysoz	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b760 Fkt. der Kontrolle von Willkürbewegungen b130 Emotionale Fkt.en
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben d440 Feinmotorischer Handgebrauch Privatleben d4153 In sitzender Position verbleiben d4154 In stehender Position verbleiben d4105 Sich beugen d430 schwer Heben und Tragen d440 Feinmotorischer Handgebrauch Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-MBOR-w2 funkt+psysoz	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b710/b720 Beweglichkeit der Gelenke/Knochen b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b130 Emotionale Fkt.en

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-MBOR-w2 funkt+psysoz	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen d4153 In sitzender Position verbleiben d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren/d9204 Hobbies Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis e320 Freunde e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-MBOR-w3 funkt+psysoz	KS	s76002 LWS/ s7600 WS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b430 Funktionen des hämatologischen Systems
	A	Beruf d8451 Ein Arbeitsverhältnis behalten d850 Bezahlte Tätigkeit Privatleben d4501 Lange Entfernungen gehen d4750 Ein von Menschenkraft betriebenes Fahrzeug fahren/d9204 Hobbies Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens e1101 Medikamente

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-MBOR-w3 funkt+psysoz	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
<b>VMO-Problemlagen</b>		
K1-VMO-w1 somato	KS	s76002 LWS s120 Rückenmark s720 Str. der Schulterregion s730 Str. der oberen Extremitäten s75011 Kniegelenk
	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b28010 Kopf-/Nackenschmerzen b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden, b265 Fkt. des Tastens b760 Fkt. der Kontrolle von Willkürbewegungen b2800 Generalisierter Schmerz b410-29 Funktionen des kardiovaskulären Systems b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d440 Feinmotorischer Handgebrauch Privatleben d440 Feinmotorischer Handgebrauch, d445 Hand- und Armgebrauch d630-650 Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen d9204 Hobbies d750 Informelle soz. Beziehungen, d9205 Geselligkeit Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 informelle soziale Beziehungen/d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e5700/1 Dienste/Systeme soz. Sicherheit Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e350 Domestizierte Tiere e165 Vermögenswerte e165 Vermögenswerte e5700 Dienste soz. Sicherheit e115(1) Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben/Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben Gesundheitsbezogen e5700/1 Dienste/Systeme soz. Sicherheit e5800 Dienste des Gesundheitswesens

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-VMO-w1 somato	PF	<b>Gesundheitsverhalten</b> Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-VMO-w2 somato	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark s7401 Gelenke der Beckenregion s720 Str. der Schulterregion s7302 Struktur der Hand s75011 Kniegelenk s7502 Struktur der Knöchelregion und des Fußes s6100 Niere
	KF	b28013 Rückenschmerz b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b28016 Gelenkschmerz b28010 Kopf-/Nackenschmerzen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden, b265 Fkt. des Tastens b2800 Generalisierter Schmerz b2400 Ohrgeräusche o. Tinnitus b5400 Grundumsatz b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d440 Feinmotorischer Handgebrauch d4153 In sitzender Position verbleiben Privatleben d4153 In sitzender Position verbleiben d4154 In stehender Position verbleiben d4501 Lange Entfernungen gehen d6505 Innen- u. Außenpflanzen pflegen d9204 Hobbies Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 Informelle soz. Beziehungen, d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e330 Autoritätspersonen e360 Andere Fachleute Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5700 Dienste soz. Sicherheit e5800 Dienste des Gesundheitswesens

		ICF-Codes
Fortsetzung K1-VMO-w2 somato	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K1-VMO-w4 Stress+Schm	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b2800 Generalisierter Schmerz b710 Beweglichkeit der Gelenke b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d640 Hausarbeiten erledigen d9204 Hobbies d9201 Sport Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis: e310 Engster Familienkreis e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5700 Dienste soz. Sicherheit e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-VMO-w1 Stress+Schm	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark
	KF	b28013 Rückenschmerz b28010 Kopf-/Nackenschmerzen b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden. b265 Fkt. des Tastens b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen



		ICF-Codes
Fortsetzung K2-VMO-w1 Stress+Schm	A	Beruf d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d9204 Hobbies d9201 Sport Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e330 Autoritätspersonen Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e315 Erweiterter Familienkreis e320 Freunde e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE
K2-VMO-w2 Stress	KS	s7600 WS s76001 BWS s120 Rückenmark s720 Str. der Schulterregion s730 Str. der oberen Extremitäten
	KF	b4152 Blutgefäßfkt. b134 Funktionen des Schlafes b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4153 In sitzender Position verbleiben Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben Aktuell keine Beeinträchtigungen
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-VMO-w2 Stress	UF	Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung ADEM, ERI, SPE
K2-VMO-w3 Stress	KS	s76000 HWS s76002 LWS s120 Rückenmark s720 Str. der Schulterregion s75021 Sprunggelenk und Gelenke des Fußes und der Zehen
	KF	b28013 Rückenschmerz b28018 Schmerz in e. Körperteil b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden d850 Bezahlte Tätigkeit Privatleben d920 Erholung und Freizeit Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit d750 Informelle soz. Beziehungen, d9205 Geselligkeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e330 Autoritätspersonen e355 Andere Fachleute Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung ADEM, ERI, SPE
K2-VMO-w4 Stress	KS	s7600 WS s120 Rückenmark s75011 Kniegelenk s750 Str. der unteren Extremitäten s7302 Str. der Hand

		ICF-Codes
Fortsetzung K2-VMO-w4 Stress	KF	b28013 Rückenschmerz b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b2702 Druck- u. Berührungsempfinden b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen b28014 Schmerz in oberen Gliedmaßen b28015 Schmerz in unteren Gliedmaßen b5401 Kohlenhydratstoffwechsel b420 Erhöhter Blutdruck b4100 Herzfrequenz b134 Funktionen des Schlafes b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit b152 Emotionale Funktionen
	A	Beruf d4154 In stehender Position verbleiben d4501 Lange Entfernungen gehen Privatleben d4501 Lange Entfernungen gehen d4153 Sitzen d4551 Klettern/steigen d4102 Knien Übergreifend d2401 Mit Stress umgehen
	T	Beruf d850 Bezahlte Tätigkeit d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden Privatleben d920 Erholung und Freizeit
	UF	Beruf e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens Privatleben e310 Engster Familienkreis e310 Engster Familienkreis e320 Freunde e165 Vermögenswerte Gesundheitsbezogen e5700 Dienste soz. Sicherheit e1101 Medikamente e5800 Dienste des Gesundheitswesens
	PF	Gesundheitsverhalten Schmerz-/Krankheitsbewältigung Stress-/Konfliktbewältigung AVEM, ERI, SPE

Legende: KS = Körperstrukturen, KF = Körperfunktionen, A = Aktivitäten, T = Teilhabe, UF = Umweltfaktoren, PF = Personenbezogene Kontextfaktoren (keine ICF-Codierung), rot = stärkere bis starke Schädigungen der KS und KF, stärkere bis starke Beeinträchtigungen von A und T, stärkere bis starke Barrieren/Belastungen im umweltbezogenen Kontext, stärkere bis starke personenbezogene Hemmfaktoren, orange = geringere bis mittlere Schädigungen der KS und KF, geringere bis mittlere Beeinträchtigungen von A und T, geringere bis mittlere Barrieren/Belastungen im umweltbezogenen Kontext, geringere bis mittlere personenbezogene Hemmfaktoren, grün = gute KF, keine Beeinträchtigungen der A und T, Ressourcen/Förderfaktoren im umwelt- und personenbezogenen Kontext