

Die Relevanz der ICF in der Diagnostik und Outcome-Messung bei berufsbezogenen Problemstellungen

Müller, E., Faust, T., Hipp, E., Wirtz, M.

Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung Forschungsmethoden, Freiburg

Die Identifikation von Rehabilitanden mit berufsbezogenem Behandlungsbedarf ist in der Rehabilitation bereits seit einigen Jahren ein zentrales Thema. Die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2005) bietet eine gute Grundlage, um berufliche Problemlagen umfassend zu beschreiben. Im Mittelpunkt der berufsbezogenen Diagnostik und Evaluation stehen in der Regel Teilhabeaspekte, die nach Heerkens et al. (2004) über die An- und Abwesenheit von Arbeit (Erwerbsstatus) bzw. vom Arbeitsplatz (Arbeitsunfähigkeit) definiert werden können. In diesem Beitrag steht die Fragestellung im Mittelpunkt, ob durch die Aspekte „Schmerzen am Arbeitsplatz“ (Körperfunktionen und -strukturen) und „Einschränkung der Arbeitsleistung“ (Aktivität, Leistung) die Beschreibung der beruflichen Situation der Rehabilitanden sinnvoll ergänzt werden kann. Ziel ist die Identifikation von Subgruppen mit spezifischen Problemprofilen.

In einer multizentrischen Datenerhebung beantworteten 249 Rehabilitanden (48% weiblich, Alter $m=47,8$ ($sd=8,7$)) mit orthopädischen Erkrankungen zu Reha-Beginn die Skalen zur Erfassung von Funktionsfähigkeit im Beruf (SE-FFB; Müller et al., 2010), die u.a. Einschränkung der Arbeitsleistung und Schmerzen am Arbeitsplatz (jeweils Skala von 0-10, 10=höchste Belastung) erfassen. Zudem wurden die Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate erhoben. Drei Monate nach Reha-Ende (67% Rücklauf) wurden die Teilnehmer in einem Follow-Up unter anderem zu ihren Arbeitsunfähigkeitstagen seit Reha-Ende befragt. Mittels einer latenter Klassenanalyse (Software: Latent Gold 4.0) wurden Rehabilitandengruppen mit unterschiedlichen Belastungsprofilen bezüglich der drei Aspekte Leistungseinschränkungen im Beruf, Schmerzen am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate identifiziert. Des Weiteren wurde in einer einfaktoriellen Varianzanalyse ermittelt, inwieweit die ermittelten Belastungsprofile mit den Arbeitsunfähigkeitszeiten in den 3 Monaten nach der Rehabilitation in Zusammenhang stehen.

Die Latente Klassenanalyse zeigte die beste Modellpassung für ein 5-Klassen-Modell ($BIC(4)=4183$; $BIC(5)=4145$; $BIC(6)=4152$), wobei jede der fünf Untergruppen durch ein spezifisches unterschiedliches Profil gekennzeichnet ist. Die drei größten Untergruppen (Gruppen 1-3) sind merkmalsunabhängig durch ein niedriges (Gruppe 2; 27% der Rehabilitanden), mittleres (Gruppe 1; 37%) bzw. hohes (Gruppe 3; 17%) Belastungsniveau in den Bereichen ‚Schmerzen am Arbeitsplatz‘, ‚Leistungseinschränkung‘ und ‚Arbeitsunfähigkeitszeiten im letzten Jahr‘ gekennzeichnet. Die Gruppen 4 (13%) und 5 (7%) zeigen deutlich geringere Belastungsniveaus bzgl. Schmerz und Leistungseinschränkungen als die Gruppen 1 bis 3 (Gruppe 4: $m(\text{Schmerz})=3,1$; $m(\text{Leistung})=0,0$; $m(\text{Schmerz})=3,2$; $m=1,4$).

Dennoch weist Gruppe 5 sehr hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auf ($m=133,5$) und kann damit hinsichtlich dieses Kriterium als diagnostisch besonders bedeutsam angesehen werden. Die Varianzanalyse ergab deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage in den ersten drei Monaten nach der Rehabilitation ($F=10,4$, $p<0,01$; großer Effekt $\eta^2=0,27$). Besonders hohe AU-Zeiten nach der Rehabilitation weisen die Gruppen auf, die bereits im Jahr vor der Rehabilitation diesbezüglich auffällig waren (Gruppe 5: $m=58$, $sd=42,6$; Gruppe 3: $m=54,7$; $sd=41,2$). Sie unterscheiden sich im Post-Hoc-Test (Tukey) auch signifikant von den Gruppen 1 und 2, die bei einem mittleren Belastungsniveau bei Reha-Beginn, in den 3 Monaten nach der Rehabilitation die geringsten AU-Zeiten aufweisen.

Die Ergebnisse der Latenten Klassenanalyse erlauben die Identifikation ungewöhnlicher Problemprofile, die in unserem Fall vor allem in Gruppe 5 durch unerwartet hohe AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten bei relativ geringen Schmerzen und Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz auffallen. Bei dieser Gruppe findet eine Entkopplung der verschiedenen Aspekte der beruflichen Problemlage statt, die sich auch in unerwartet hohen AU-Zeiten in der Zeit nach der Rehabilitation fortsetzt. Durch die Ergänzung der Diagnostik durch die ICF Aspekte der „Schmerzen am Arbeitsplatz“ (Körperfunktionen und -strukturen) und der „Einschränkung der Arbeitsleistung“ (Aktivität, Leistung) konnten damit wichtige zusätzliche Informationen gewonnen werden.

Literatur:

Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, van der Gulden J, Oostende R. The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. *Disabil Rehabil* 2004;26:1060-66.

Müller, E., Frey, C., Prinz, E., Bengel, J., Wirtz, M. (2010): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von ‚Funktionsfähigkeit im Beruf‘ bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. *DRV-Schriften*, Bd. 88. 118-120.

Schlüsselworte:

Berufliche Funktionsfähigkeit, orthopädische/rheumatologische Rehabilitation

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Evelyn Müller, Pädagogische Hochschule Freiburg, Abt. Forschungsmethoden, Kartäuserstr. 61b, 79117 Freiburg, Email: evelyn.mueller@ph-freiburg.de, Tel: 0761/682-918, Fax: 0761/682-922