ERGEBNISBAND

START

Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt START aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts START erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 4
1.3 Ziele/Zielgruppe 5
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 5
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 6

2 Ergebnisse des Modellprojekts 7

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 10

4 Verstetigung vor Ort 11
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 11

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweite Verstetigung 12

6 Anlagen 13
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 13
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 13
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 13

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

In Deutschland scheiden jährlich rund 18.000 Menschen frühzeitig aufgrund einer neurologischen Erkrankung aus dem Erwerbsleben aus. Die Komplexität neurologischer Schäden und damit einhergehender Funktionseinschränkungen verhindern oftmals eine (direkte) Rückkehr in den Beruf, was sich in einer vergleichsweisen geringen Return-to-Work-Quote zeigt. Die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung kann dabei durch eine „Stufenweise Wiedereingliederung" (SWE) - auch „Hamburger Modell" genannt - erhöht werden. Dabei wird die tägliche Arbeitszeit in Stufen von z.B. zwei Stunden auf die volle Belastung gesteigert, um nach längerer Arbeitsunfähigkeit den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern.

Allerdings ist es Patienten, je nach Schwere der neurologischen Beeinträchtigungen, oft nicht möglich, eine klassische SWE zu absolvieren. Gründe hierfür sind (noch) bestehende arbeitsplatzrelevante Defizite (z.B. Konzentrationsstörungen, Störungen der (Fein-)Motorik und Kraft, Sprachstörungen), die eine sofortige Wiederaufnahme der Beschäftigung verhindern bzw. erschweren. Die stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit wäre jedoch möglich, wenn die Versicherten während der SWE individuell mit Therapieleistungen einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung unterstützt und/oder der Arbeitsplatz entsprechend angepasst werden würde. Eine solche Verzahnung von SWE und Reha-Leistungen war im Rechtsrahmen der Regelversorgung der Rentenversicherung bislang nicht vorgesehen.

1.2 Inhalte

Das Modellprojekt START schließt diese Lücke durch eine entsprechende Ergänzung der klassischen SWE. Zum einen wird die SWE durch Reha-Tage ergänzt, um den Gesundheitszustand und arbeitsplatzrelevante Fähigkeiten während der Wiedereingliederung weiter zu verbessern. Zum anderen wird die SWE nicht nach einem festgelegten Stundenschema absolviert, sondern kann individuell je nach Leistungsfähigkeit des Patienten gestaltet und angepasst werden. Außerdem erfolgt bedarfsbezogen ein Coaching am Arbeitsplatz durch erfahrene Behandler, um bei Bedarf in Abstimmung mit dem Betrieb den Arbeitsplatz oder das Arbeitsgebiet an Defizite und Stärken der Betroffenen anzupassen. So soll auch Patienten, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen noch nicht in der Lage wären, eine klassische SWE zu absolvieren, eine frühzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit ermöglicht werden.

Tabelle 1: Aufteilung der Arbeits- und Reha-Tage am Beispiel einer 10-wöchigen Interventionsdauer

START-Woche	Arbeitstage	Reha-Tage	Arbeitszeit an Arbeitstagen (h)	Arbeitszeit/Woche (h)
1	2	3	2	4
2	3	2	2	6
3	3	2	4	12
4	3	2	4	12
5	3	2	6	18
6	3	2	6	18
7	3	2	6	18
8	3	2	6	18

START-Woche	Arbeitstage	Reha-Tage	Arbeitszeit an Arbeitstagen (h)	Arbeitszeit/Woche (h)
9	4	1	8	32
10	4	1	8	32

Der Zugang zum START erfolgt durch die Beurteilung des Rehabilitationsarztes am Ende der Rehabilitation in der Phase D nach Zusage durch den Kostenträger.

1.3 Ziele/Zielgruppe

Projektziele sind:

- eine verbesserte berufliche Wiedereingliederung von neurologischen Rehabilitanden mit (noch) bestehenden Teilleistungsdefiziten.
- die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nach erfolgter medizinischer Rehabilitation, trotz Teilleistungsdefiziten, frühzeitig einzuleiten und die Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern.
- durch stabilisierende Therapieleistungen im Zeitraum der SWE soll die arbeitsplatzbezogene Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden wiederhergestellt, bzw. bestehende arbeitsplatzrelevante Teilleistungsdefizite bestmöglich vermindert werden.

Zielgruppe:

Zielgruppe des Modellvorhabens sind Personen mit erworbenen Hirnschädigungen (Vaskuläre Erkrankungen (z.B. Hirninfarkt oder Hirnblutung), cerebrale Hypoxie, sonstige Erkrankungen mit toxischen/metabolischen Schädigungen des Gehirns, (z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Neubildungen Gehirn (operativ, strahlentherapeutisch oder konservativ behandelt), Folgen akuter entzündlicher Erkrankungen des Gehirns (Meningitis, Meningoenzephalitis, Enzephalitis, Myelitis), Bewegungsstörungen (z.B. Parkinsonsyndrom, Tremor, Ataxien) erwerbstätige Versicherte die nach der neurologischen Rehabilitation aufgrund bestehender Teilleistungsdefizite nicht in der Lage sind, eine klassische StWE zu absolvieren.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

START wurde auf Grundlage einer Konzeptidee des Rehazentrums Hess entwickelt und von der DRV Baden-Württemberg als Projekt für das Bundesprogramm rehapro gemeldet. Das START-Konzept wurde in zwei Regionen mit zwei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erprobt.

Tabelle 2: Projektrollen

Projektbeteiligte	Aufgaben
DRV Baden-Württemberg	Antragsteller
Projektleiterin: Regina Mannl Stellvertretende Projektleiterin: Heike Lauer Umsetzungsberater: Ulrich Hartschuh	• Vorbereiten der organisatorischen Festlegungen • Vorschlag für konkrete Festlegung der Rollen • Verantwortlichkeit gegenüber dem Lenkungsausschuss /regelmäßige Berichtspflicht • Entscheidungsvorlagen an den Lenkungsausschuss • Projektplanung, -steuerung und -kontrolle • Organisation und Leitung der Projektsitzungen
Letztempfänger: IFR Ulm	• Wissenschaftliche Begleitung

Projektbeteiligte	Aufgaben
Projektteam Vertreter Rehazentrum Hess, Vertreter ZAR Tübingen	• Einbringen von versch. Kenntnissen und Fähigkeiten, die das Erreichen des Projektziels fördern • Mitarbeit in der Umsetzung der Arbeitspakete

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die Projektevaluation des rehapro-Projektes START wurde durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung Ulm (IFR Ulm) durchgeführt.

Die Studie wurde in einem kontrollierten multizentrischen Setting durchgeführt. Neben den genannten Forschungsfragen fand auch eine formative Evaluation des Modellprojekts statt. Die Teilnehmenden wurden zu drei Zeitpunkten (t_0, t_1 und t_2) schriftlich befragt. Zusätzlich wurden die Ärzte/-innen der Teilnehmenden zum Zeitpunkt t_0 und t_1 sowie die Arbeitgeber/-innen der Teilnehmenden zum Zeitpunkt t_1 befragt. Als Vergleichsgruppe dienten die Routinedaten der Rentenversicherung (RSD-Daten), die zum Zeitpunkt der Katamnese (t_2) herangezogen wurde (vgl. Abbildung 1).

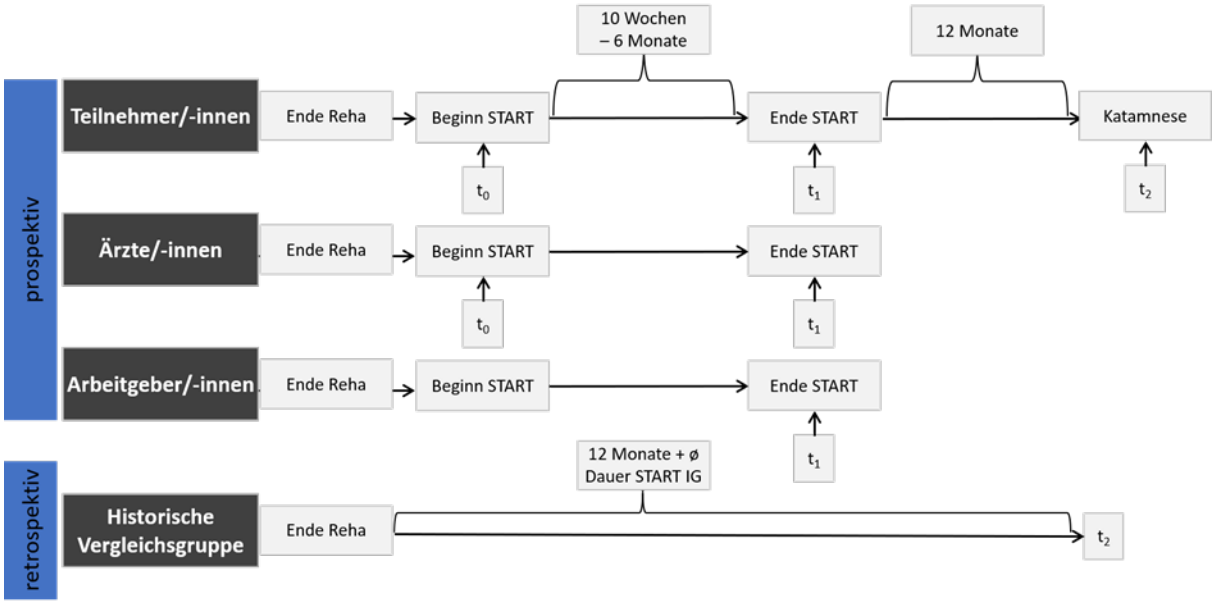


Abbildung 1

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Die Ergebnisse aus den Befragungen und der Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherung. Für die Evaluationsstudie wurden studienrelevante Parameter von Teilnehmenden des Modellprojekts START (IG) und der historischen Vergleichsgruppe (VG), die sich aus den Routinedaten der Rentenversicherung (RSD) zusammensetzt, erhoben und analysiert. Die Einschlusskriterien für die IG und VG sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Einschlusskriterien für die Interventions- und Vergleichsgruppe

Interventionsgruppe und Vergleichsgruppe	
• Vorangehende stationäre oder ambulante neurologische Rehabilitation in den teilnehmenden Einrichtungen zu Lasten der DRV BW bzw. DRV Bund • Sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis • Ärztlicher Entlassbrief/RSD: Arbeitsfähigkeit = „Entlassung Arbeitsunfähig“ = 3 • Einschätzung im Entlassungsbericht bzw. RSD 3 bis < 6 Stunden oder > 6 Stunden arbeitsfähig • Wohnort/Arbeitsplatz des Teilnehmenden darf max. 45 Minuten Fahrtzeit vom Reha-Zentrum HESS oder ZAR Tübingen entfernt liegen	
Teilnehmende START	**Routinedaten RSD**
• Eingliederung erfolgt in der Tätigkeit, die der Teilnehmende vor der Erkrankung ausgeübt hat • Der/die Arbeitgeber/in ist mit der Teilnahme an START einverstanden	• Keine Empfehlung zur StWE durch die Rehabilitationseinrichtung im Anschluss an die Rehabilitation und somit keine StWE unter Kostenträgerschaft der Rentenversicherung innerhalb von 4 Wochen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme

Ergänzend zur Abfrage über Fragebögen wurden der WAI-Index, der SF-12 Index zur Einschätzung der beruflichen und gesundheitlichen Situation genutzt.

Fragestellungen u.a. zu diesen Themenfeldern wurden berücksichtigt:

- sozialversicherte Beschäftigung
- berufliche Situation
- Gesundheitszustand (körperliche Verfassung & seelische Verfassung)
- Aktuelle Leistungsfähigkeit
- Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit
- Zufriedenheit mit der START-Maßnahme
- Motivation/ Erwartungen an die START-Maßnahme

In die START-Maßnahme wurden insgesamt 32 Personen eingeschlossen. Davon haben 27 an der Erstbefragung (t_0 - Beginn der START-Maßnahme) teilgenommen. Von 28 Teilnehmenden liegen Befragungsdaten zum Zeitpunkt t_1 (nach Beendigung der START-Maßnahme) vor und von 13 Teilnehmenden zum dritten Erhebungszeitpunkt t_2 (zwölf Monate nach Beendigung der START-Maßnahme).

Für diesen Ergebnisband stellen wir auszugsweise die Ergebnisse zur Zufriedenheit und zur Frage der Weiterempfehlung aus dem Abschlussbericht des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm vor:

Zufriedenheit mit der START-Maßnahme

Nach dem Abschluss der START-Maßnahme wurden die Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der START-Maßnahme befragt (siehe Abbildung 2). Im Allgemeinen bewerteten 16 Teilnehmende die Maßnahme als „sehr gut“ und elf als „gut“. Keiner der Teilnehmenden gab eine schlechte Bewertung ab.

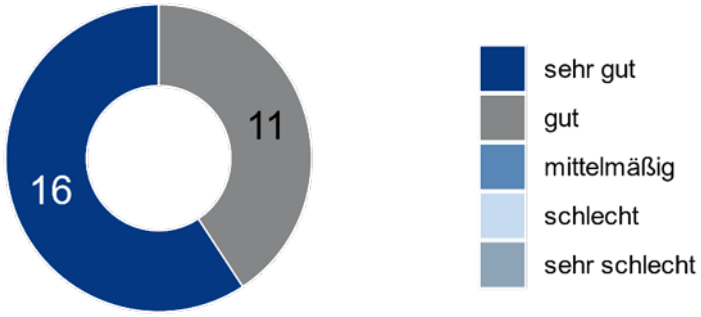


Abbildung 2: Zufriedenheit mit der START-Maßnahme im Allgemeinen (n = 27)

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage, ob die Erwartungen der Teilnehmenden an die Maßnahme erfüllt wurden (siehe Abbildung 3). Hier gab die Mehrheit an, dass die Erwartungen „eindeutig“ (n = 17) bzw. „im Allgemeinen“ (n = 8) erfüllt wurden. Nur jeweils ein Teilnehmender gaben an, dass seine Erwartungen „eigentlich nicht“ bzw. „eindeutig nicht“ erfüllt wurden.

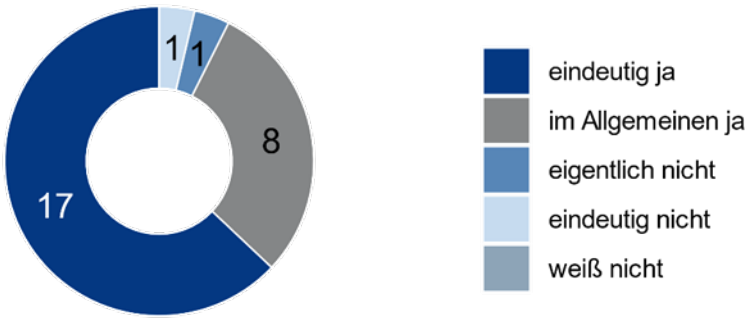


Abbildung 3: Frage, ob die START-Maßnahme die Erwartungen der Teilnehmenden erfüllt hat (n = 27)

Weiterempfehlung der START-Maßnahme

20 Teilnehmende würden die START-Maßnahme „eindeutig“ wieder in Anspruch nehmen (siehe Abbildung 4). Fünf weitere Teilnehmende „glaubten“ zumindest, dass sie die Maßnahme wieder in Anspruch nehmen würden.

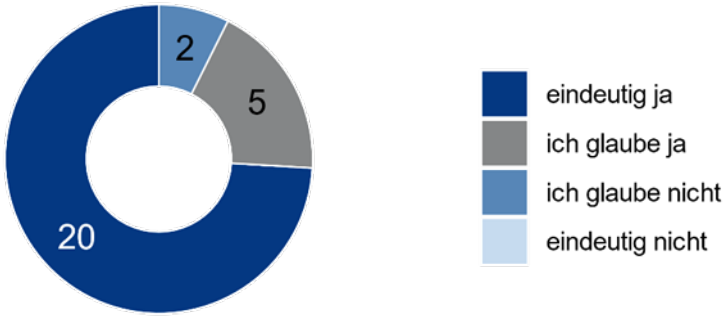


Abbildung 4: Frage, ob die Teilnehmenden die START-Maßnahme weiterempfehlen würden. (n = 27)

Gründe, warum die Teilnehmenden die START-Maßnahme nicht weiterempfehlen würden, waren eher organisatorischer Natur und keine inhaltliche Kritik. So wurde negativ erwähnt, dass die Wartezeit auf die Genehmigung der DRV sehr lange war oder auch, dass die Rehazentren teilweise weit entfernt waren.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Die Maßnahme startete bei knapp 60% der Teilnehmenden innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Rehabilitation. Bei gut 22% der Teilnehmenden begann die Maßnahme sogar unmittelbar nach der Rehabilitation. Lediglich bei einem Teilnehmenden dauerte es mehr als vier Wochen bis die Maßnahme startete.

Auf die Frage, ob sie glaubten, von der START-Maßnahme zu profitieren, antworteten alle 27 Teilnehmenden mit „ja“. Hierfür nannten die Teilnehmenden folgende Gründe:

- Abwechslung von beruflicher Belastung und Reha-Tage
- Mehr Zeit das Gelernte aus der Reha im Arbeitsalltag umzusetzen
- Leichte Wiedereingliederung und zusätzliche Therapie
- Langsamere und individuellere Wiedereingliederung
- Erhalt von neuropsychologischer Unterstützung
- Unterstützung durch Reha-Tage
- Steigerung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit
- Zielerreichung

So gaben die Teilnehmenden an, dass sie durch die Maßnahme mehr Zeit haben, um das Gelernte aus der Reha im Arbeitsalltag direkt umzusetzen. Auch hoben sie hervor, dass die Wiedereingliederung langsamer und individueller erfolgt als sonst üblich. Einen weiteren Vorteil sahen die Teilnehmenden in der Abwechslung von beruflicher Belastung und der Reha-Tage merken.

Den Teilnehmenden hat unter anderem die zeitliche Flexibilität der Einteilung der Reha- und Arbeitstage gut gefallen. Damit einher geht die Abwechslung von Reha- und Arbeitstagen bzw. die Regeneration und eine Vorbeugung der Überbelastung. Einen weiteren Vorteil der START-Maßnahme sehen die Teilnehmenden in der hohen Therapiefrequenz, wodurch schnellere Ergebnisse erzielt werden können. Die Reha-Tage sind nicht nur strukturgebend, sondern dienen auch der Besprechung von gesundheitlichen (neu) auftretenden Problemen.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Auf die Frage, ob die Einführung von START in der Regelversorgung empfohlen werden kann, konnte aufgrund der schwierigen Datenlage leider keine eindeutige Antwort gefunden werden. Es fanden sich weder Hinweise, die eindeutig für, noch Hinweise, die eindeutig gegen eine Einführung von START sprechen.

Aufgrund der hohen Zufriedenheitswerte bei den Teilnehmenden könnte START aber als besonderes Behandlungskonzept in den beteiligten Modelleinrichtungen etabliert werden.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweite Verstetigung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die START-Maßnahme sowohl von den Teilnehmenden als auch von den beteiligten Ärzten/-innen und Arbeitgeber/-innen insgesamt als sehr positiv bewertet wurde. Die subjektive Sichtweise der Befragten verdeutlichte, dass die modifizierte stufenweise Wiedereingliederung bei Personen mit neurologischen Defiziten zu einem besseren Behandlungserfolg beitragen kann. Die START-Initiative ermöglichte den Teilnehmern eine stufenweise Wiedereingliederung, die ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Diese bedarfsorientierte Wiedereingliederung wäre ohne START nicht realisierbar gewesen.

Bedauerlicherweise fiel der Studienbeginn mit der Covid-19-Pandemie zusammen, was zu einer deutlich geringeren Teilnehmerzahl führte als ursprünglich geplant.

Die Pandemie brach aus, kurz bevor die Rekrutierung der Teilnehmenden hätte starten sollen. Aufgrund der Pandemie wurde die Rekrutierung zunächst um einen Monat verschoben, was aber nichts änderte, da die Pandemie weiterhin sehr aktiv war. Daher verlief die Rekrutierung über den gesamten Projektzeitraum hinweg sehr schleppend. Mögliche Ursachen für die niedrige Fallzahl könnte die fehlende Bereitschaft der Arbeitgeber/-innen für eine stufenweise Wiedereingliederung sein, da zu dieser Zeit verstärkt Kurzarbeit und existentielle Bedrohungen in den Betrieben herrschte. Die Angst der Rehabilitanden sich in den Einrichtungen anzustecken und daher keine ambulante Reha anzutreten oder eine Erkrankung mit Covid-19 könnte ein weiterer Grund für die geringe Fallzahl gewesen sein.

Auf die Frage, ob die Einführung von START in der Regelversorgung empfohlen werden kann, konnte aufgrund der schwierigen Datenlage leider keine eindeutige Antwort gefunden werden. Es fanden sich weder Hinweise, die eindeutig für, noch Hinweise, die eindeutig gegen eine Einführung von START sprechen.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Stufenweise Wiedereingliederung mit Assistenz des Reha-Teams
Akronym	START
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Projektbeteiligte	Rehazentrum Hess
	ZAR Tübingen
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 30.09.2023

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Flyer

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Literatur

[1] Risse G, Boerkel B, Reuther P. Ambulante/mobile berufliche Wiedereingliederung in der Neurologie. Ein Beitrag zur Gestaltung der Neurologischen Rehaphase E. Neurol Rehabil 2012; 18: 321–341

[2] DRV-Bund. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei neurologischen Krankheiten. Im Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208308/publicationFile/19061/leitlinie_sozialmed_beurteilung_neurologie.pdf

[3] Reuther P, Hendrich A, Kringler W et al. Die neurologische Rehabilitations-Phase E. Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-) Integration und Teilhabe–ein Kontinuum? Rehabilitation (Stuttg) 2012; 51: 424–430

[4] Claros-Salinas D, Cunderlik VC, Greitmann G. Zurück in den Beruf - subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. Neurol Rehabil 2012; 5: 275–290

[5] van Velzen JM, van Bennekom CAM, Edelaar MJA et al. How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. Brain injury 2009; 23: 473–488

[6] Wendel C. Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. Universität Bremen; 2003

[7] Nelles G. Neurologische Rehabilitation. s.l.: THIEME; 2004

[8] Bürger W. Stufenweise Wiedereingliederung - Wann sind sie effizient? Berlin; 2017

[9] Widder B, Gaidzik P. Begutachtung in der Neurologie. 2. Aufl. s.l.: Georg Thieme Verlag KG; 2011

[10] Koch U, Morfeld M. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. Rehabilitation (Stuttg) 2004; 43: 284–295

[11] Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation (Stuttg) 2003; 42: 169–174. doi:10.1055/s-2003-40095

[12] Ebener M, Hrsg. Why WAI ? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis. 5. Aufl. Dortmund: Bundesanst. für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA); 2013

[13] Deck R, Mittag O, Hüppe A et al. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (I-MET)–Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007; 76: 113–120

[14] © Statistisches Bundesamt. Verbraucherpreisindex und Inflationsrate. Im Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/_inhalt.html; Stand: 29.08.2023

[15] Nübling R, Kaluscha R, Krischak G et al. Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation. Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. Rehabilitation (Stuttg) 2017; 56: 22–30. doi:10.1055/s-0042-118580

[16] Wirtz MA, Morfeld M, Glaesmer H et al. Normierung des SF-12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 2018; 64: 215–226. doi:10.1026/0012-1924/a000205

[17] Deck R, Walther AL, Staupendahl A et al. Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung - Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. Rehabilitation (Stuttg) 2015; 54: 402–408. doi:10.1055/s-0035-1559670

[18] Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, Hrsg. Digitalisierung - gesundes Arbeiten ermöglichen. Bd. 2019. Fehlzeiten-Report. Berlin, Germany: Springer; 2019

[19] Ahlers E, Mierich S, Zucco A. Homeoffice. Was wir aus der Zeit der Pandemie für die zukünftige Gestaltung von Homeoffice lernen können; 2021

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages