
GfR



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.

Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Sachsen (BBS)

Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt / Thüringen (SAT)

in Kooperation mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

Charité – Universitätsmedizin Berlin



- ABSTRACTS -

zum

17. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium

REHABILITATION HEUTE

—

VERSORGUNGSFORSCHUNG UND VERSORGUNGSREALITÄT

4. November 2016, Berlin

Inhalt

Bedeutung des Innovationsfonds für die Rehabilitationsforschung

Prof. Josef Hecken, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Verbessern strukturierte interaktive Fortbildungen in flächendeckenden hausärztlichen Qualitätszirkeln den Reha-Zugang?

Katrin Parthier, Martin-Luther-Universität, Halle (Saale)

Chancen von E-Health in der Rehabilitation

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Universitätsklinikum Leipzig

Risikostratifizierung: Individualität von Rehabilitation am Beispiel stressinduzierter Rückenschmerzen

Prof. Dr. Pia-Maria Wippert, Universität Potsdam

Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg

Waltraud Lay, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation

Prof. Dr. Karla Spyra, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in die Beschäftigung

Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Humboldt-Universität zu Berlin

Bedeutung des Innovationsfonds für die Rehabilitationsforschung

Prof. Josef Hecken
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, zu fördern. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen haben ihren festen Platz im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Viele Versicherte erhalten hier qualifizierte medizinische Hilfe zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit bzw. zur Beseitigung oder Verminderung von Krankheitsfolgen, die ihre Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigen können.

Die kurative Medizin allein reicht immer weniger aus, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind erforderlich, um Krankheiten vorzubeugen, die Auswirkungen von Krankheiten zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und insbesondere die Teilhabe der Betroffenen an Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern.

Alle Akteure sind also gefragt, in diesem wichtigen Bereich geeignete Lösungsansätze zu suchen und zu finden, um den dort existierenden und vor allem auch den sich abzeichnenden und wachsenden Herausforderungen mit adäquaten Lösungsansätzen entgegenzutreten. Dieses kann ein wichtiges Feld sein auch für den Innovationsfonds. Vor allem die Übergänge können hier wesentlich effizienter gestaltet und Behandlungsprozesse enger koordiniert werden, als dies häufig der Fall ist.

Zu beachten ist dabei freilich auch der Umstand, dass die gesetzliche Krankenversicherung – und auf deren Handlungsfeld zielt der Innovationsfonds – Rehabilitationsleistungen finanziert, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen. Auch ist sie oftmals Ansprechpartner, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig zuständig ist oder wenn Vorsorgeleistungen notwendig sind, z. B. um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass die gesetzliche Krankenversicherung vor allem für Kinder und Jugendliche, nicht berufstätige Erwachsene und Rentner der zuständige Leistungsträger ist, so dass umfassende Ansätze im Rahmen einer Antragstellung im Innovationsfonds auch einen Beitrag von den anderen Leistungsträgern berücksichtigen müssen.

Verbessern strukturierte interaktive Fortbildungen in flächendeckenden hausärztlichen Qualitätszirkeln den Reha-Zugang?

Katrin Parthier

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät,
Institut für Rehabilitationsmedizin

Bei der Langzeitversorgung chronisch Kranker erfüllen Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren eine wichtige Funktion: Sie ermöglichen und erfordern Informationsaustausch. Schnittstellenprobleme, die zu Versorgungsdefiziten führen, sind demnach oftmals auf Informations- und Kommunikationsbarrieren zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund besteht ein Auftrag von Versorgungsforschung darin, Lösungsansätze für eine sinnvoll(er)e Ausgestaltung dieser Schnittstellen zu entwickeln, indem z.B. Informationswege optimiert werden.

Im Rahmen des Reha-Zugangs aus der ambulanten Versorgung erfolgt die Informationsübermittlung zwischen Primärversorgung und Rehabilitationssystem im Wesentlichen über den ärztlichen Befundbericht. Informationsverlust („zu wenig“) oder unzureichende Informationsweiterleitung („zu viel“/„inadäquat“) können an dieser Schnittstelle zu Fehlversorgung führen [1]. Eine Ursache für diesen ineffizienten Informationsfluss liegt im reha-bezogenen Aufklärungsbedarf niedergelassener Hausärzte, vor allem hinsichtlich des Antrags- und Bewilligungsverfahrens [1, 2]. Als ein möglicher Optimierungsansatz wurde daher die verstärkte Motivation und Information von Hausärzten zur bedarfsgerechten Einleitung medizinischer Rehabilitation abgeleitet [1, 2].

Um die entsprechenden Einstellungen und Kompetenzen für eine zielgerichtete Bearbeitung des Befundberichtes zu stärken, wurde mit Förderung der DRV Bund erstmalig ein interaktives rehabilitationsbezogenes Fortbildungsmodul für hausärztliche Qualitätszirkel entwickelt und in Sachsen-Anhalt implementiert. In Sachsen-Anhalt sind Qualitätszirkel als Fortbildungsformat aufgrund ihrer praxisbezogenen und kollegialen Arbeitsweise bereits flächendeckend etabliert und akzeptiert [3]. Das Modul wurde daher ergebnisorientiert evaluiert [4].

Im Vortrag werden die wichtigsten Ergebnisse sowie Erfahrungen aus dem 3-jährigen Entwicklungs-, Implementierungs- und Evaluationsprozess als „Lessons Learned“ dargestellt und diskutiert. Der Beitrag liefert damit wichtige Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Umsetzung künftiger Forschungsprojekte zur Ausgestaltung dieser bedeutenden Schnittstelle.

Literatur

- [1] Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012): Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. *Phys Med Rehab Kuror*, 22. 264-270.
- [2] Walther, A.L., Pohontsch, N. J., Deck, R. (2015): Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. *Gesundheitswesen*, 77(05). 362-367.
- [3] Andres, E., Beyer, M., Schorsch, B., Szecsenyi, J., Dryden, W.-A., Kreuz, I., Kunze, M.-T., Tischer, K.-W., Gerlach, F.M. (2010): Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung: Ergebnisse der kontinuierlichen Basisdokumentation in Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe 1995 bis 2007. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen*, 104. 51-58.
- [4] Kirkpatrick, D.L., Kirkpatrick, J.D. (2006): *Evaluating Training Programs. The Four Levels* (3rd ed). San Francisco: Berrett-Koehler.

Chancen von E-Health in der Rehabilitation

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, MPH

Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)

Der Vortrag gibt einleitend einen kurzen Überblick zum Stand der internationalen Forschung zur Wirksamkeit von E-Health-Angeboten zur Prävention und zum Management körperlicher und psychischer Erkrankungen. Dabei stehen Selbstmanagementprogramme auf verhaltenstherapeutischer Grundlage (cCBT) als niedrigschwellige Interventionen bei psychischen Störungen, insbesondere bei Depressivität im besonderen Fokus. Zudem werden aktuelle Ergebnisse einer großen cluster-randomisierten kontrollierten Studie zum Einsatz des computerbasierten kognitiv-behavioralen Selbstmanagementprogramms MoodGYM bei leicht und mittelgradig depressiven Allgemeinarztpatienten vorgestellt (AKTIV-Trial). Das MoodGYM-Programm wurde von australischen Wissenschaftlern entwickelt. Das ISAP etablierte eine deutsche Version von MoodGYM. Das MoodGym-Selbstmanagementprogramm steht in deutscher Sprache kostenfrei über die Webpage MoodGYM Deutschland (www.moodgym-deutschland.de) zur Verfügung.

In diesem Trial wurden 647 leicht und mittelgradig depressive Allgemeinarztpatienten mit Internetzugang eingeschlossen (mittleres Alter 43 Jahre). 320 Studienteilnehmern wurde zusätzlich zu ihrer herkömmlichen Allgemeinarztbehandlung (treatment as usual/TAU) durch ihren Hausarzt das Selbstmanagementprogramm MoodGYM empfohlen (cCBT + TAU). 327 Studienteilnehmer in der Kontrollgruppe erhielten ausschließlich herkömmliche Behandlung durch ihren Hausarzt (TAU). Die Studie ergab ermutigende Resultate auf den wesentlichen Zielparametern. Insbesondere die signifikante Reduktion depressiver Symptomatik für diejenigen Studienteilnehmer, denen MoodGM empfohlen wurde (intention-to-treat Analyse), ließ sich noch 6 Monate nach der Intervention nachweisen.

Die Chancen des Einsatzes von Selbstmanagementprogrammen im Rahmen der Rehabilitation als Begleitintervention („add on“) zur Rehabilitation und im Rahmen der Vor- oder Nachsorge werden ausgelotet.

Riedel-Heller SG, Pabst A, Löbner M, Dorow M, Matschinger H, Luppä M, Maroß A, Kersting A, König HK, Stein J. MoodGYM as computerised cognitive behaviour therapy (CCBT) embedded in primary care: patients with mild to moderate depression benefit. Results of a large scale cluster randomised controlled trial (AKTIV-Trial). 2016 (submitted)

Risikostratifizierung: Individualität von Rehabilitation am Beispiel stressinduzierter Rückenschmerzen

Prof. Dr. Pia-Maria Wippert

Universität Potsdam, Professur Sport- und Gesundheitssoziologie

Rückenschmerzen kommen in westlichen Industrienationen mit einer Prävalenz von bis zu 90% über die gesamte Lebenszeit eine zentrale Bedeutung zu. Sie gehen häufig mit körperlichen Einschränkungen, Arbeitsausfällen und Frühberentungen einher und verursachen hohe ökonomische Kosten. In der stationären Rehabilitation als auch in Nachsorgekonzepten werden uni- (z.B. TRena) und multimodale Programme (z.B. IRENA) eingesetzt, wobei multimodale Programme als prognostisch günstiger eingeschätzt werden.

Jüngere Cochrane Reviews verweisen jedoch darauf, dass die Kombination von verschiedenen Behandlungsansätzen alleine nicht für einen nachhaltigen Erfolg ausreicht. Vielmehr wird ein individualisierter Einsatz empfohlen.

Im Beitrag soll vorgestellt werden, ob entsprechende Risikoprofile für eine Individualisierung praktisch realisierbar sind und inwiefern außerdem Emergenzeffekte verschiedener Therapiebausteinen stringenter genutzt werden können.

Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen: Eine explorative Studie in Berlin und Brandenburg

Waltraud Lay

Charité – Universitätsmedizin Berlin,

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Die Gesundheit jedes Einzelnen ist auch in der Lebenswelt Arbeit ein wichtiges Thema. Durch Prävention werden Erkrankungsrisiken verringert und Arbeitnehmer darin unterstützt, gesund und leistungsfähig zu bleiben. Die Deutsche Rentenversicherung bietet ihren Versicherten spezifische Leistungen zur Prävention (nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI), die berufsbegleitend durchgeführt werden. Hier geht es darum, individuelle Strategien und Techniken zu erlernen und zu trainieren, um langfristig gesundheitliche Risikofaktoren zu reduzieren, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln und die persönliche Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. zu verbessern. Viele große Unternehmen haben den Mehrwert von Prävention und Gesundheitsförderung erkannt und Einzelmaßnahmen oder ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Leitung und Mitarbeiter etabliert. Kleine und mittlere Unternehmen¹ (KMU) beschäftigen zwar ca. 60% aller Angestellten, haben jedoch andere strukturelle, personelle und finanzielle Voraussetzungen. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung, Prävention und Betrieblichem Gesundheitsmanagement in KMU seltener erfolgt. Vor diesem Hintergrund wird in der Studie „Berufsbegleitende Prävention in kleinen und mittleren Unternehmen“ untersucht, welche Faktoren zu einer nachhaltigen Umsetzung des Präventionsangebotes in KMU der Regionen Berlin und Brandenburg beitragen. Fokussiert werden dabei sowohl Barrieren als auch förderliche Faktoren für die Umsetzung/Inanspruchnahme. Ziel der Studie ist die Erarbeitung von Empfehlungen und konkreten Lösungsansätzen für die Gestaltung entsprechender Strukturen. Die Studie ist als qualitatives Forschungsprojekt konzipiert. Um möglichst viele Perspektiven einzubinden, werden problemzentrierte Interviews (Kurz et al., 2009) mit Arbeitgebern, Arbeitnehmern (aus den Branchen Kita, Gastronomie und Hotellerie), Betriebsärzten, Rehaklinikern sowie Experteninterviews (Meuser und Nagel, 2002) mit Vertretern aus Verbänden und Netzwerken geführt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte möglichst kontrastierend (z. B. Region Berlin bzw. Brandenburg, unterschiedliche Größen KMU, KMU mit bzw. ohne etablierte BGM-Prozesse) über regionale Netzwerke, Internetrecherche und vorhandene Kontakte. Die Auswertung der Interviews erfolgt nach der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Bislang wurden 39 Interviews mit unterschiedlichen Akteuren geführt und sind derzeit in der Auswertung. Erste Ergebnisse werden im Rahmen der Veranstaltung präsentiert.

¹ KMU werden hier definiert nach den Richtlinien der Europäischen Kommission vom 1.1.2005: wonach dies jene Unternehmen sind, die weniger als 250 Personen beschäftigen und die entweder einen Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 43 Mio. EUR beläuft. (http://ec.europa.eu/growth/smes/business-friendly-environment/sme-definition_de, Zugriff 05.10.2016)

Die ersten Auswertungen zeigen bei Arbeitgebern einerseits eine hohe Akzeptanz des Angebotes, andererseits stellen sich vielfältige Fragen der individuellen Umsetzbarkeit für die jeweiligen KMU. Diese reichen von organisatorischen Herausforderungen in der Personalplanung bis hin zu Fragen, in wie weit die Thematisierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsleben die Privatsphäre der Arbeitnehmer tangiert. Arbeitgeber in KMU empfinden aufwendige Antragswege und Unklarheiten in Bezug auf Zuständigkeiten und Ansprechpartner als Barrieren für die Umsetzung. Sollen kleine und mittlere Unternehmen erreicht werden, so muss deren Diversität verstanden und berücksichtigt werden. Eine verständlich aufbereitete, adressatengerechte Information, klare Ansprechpartner, die Planbarkeit der Prozesse für alle Beteiligten, gute Erreichbarkeit der Angebote und die Möglichkeit, bedarfsgerechte und individuelle Lösungen für die Anliegen der Unternehmen bzw. der Beschäftigten zu finden, sind einige Aspekte, denen für eine gelungene Umsetzung eine besondere Rolle zukommt. Die Bildung von Netzwerken zur umfassenden und barrierefreien Information aller Akteure kann hierzu beitragen.

W. Lay, A. Michel, J. Wallrabe, K. Spyra

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Literatur

Glaser, B. & Strauss, A. (1967/ dt. 1999): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.

Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S., Meinhard, D. (2009): Das problemzentrierte Interview. In: Buber, R. und Holzmüller, H.H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung. Wiesbaden: Springer, S. 463-475.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

Meuser, M. und Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung. Wiesbaden: Springer, S. 71-93.

Internetquellen

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/KleineMittlereUnternehmen/Mittelstand/Tabellen/Insgesamt.html> (Stand 05.10.2016)

Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation

Prof. Dr. Karla Spyra
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags der Leistungsträger kommt dem Aspekt der Qualitätssicherung eine besondere Rolle zu. Neben dem bereits etablierten, umfassenden und differenzierten Qualitätssicherungsprogramm im Bereich der medizinischen Rehabilitation baut die Deutsche Rentenversicherung seit über 10 Jahren auch die Qualitätssicherung im Bereich der beruflichen Rehabilitation auf. Wesentliche Bausteine sind hier die Teilnehmerbefragung mittels des „Berliner Fragebogens“ u. a. zur Erfassung der Zufriedenheit der Versicherten mit dem Verlauf und dem Ergebnis ihrer Bildungsleistung sowie Auswertungen zum Ergebnis/Abschluss und zum Sozialmedizinischen Status nach beruflichen Bildungsleistungen.

Ein neuer Baustein ist die Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR) (DRV Bund 2016). Die LBR stellt in strukturierter Form Leistungen zusammen, die von beruflichen Bildungseinrichtungen erbracht werden und beschreibt diese einheitlich über Qualitätsmerkmale. Mit Hilfe der LBR werden Leistungen, die im Laufe einer Maßnahme für den Teilnehmer/ die Teilnehmerin erbracht werden, von den Bildungseinrichtungen dokumentiert und im Rahmen der Qualitätssicherung von der Rentenversicherung ausgewertet. Darauf aufbauende Rückmeldungen (QS-Berichte) an die Bildungseinrichtungen unterstützen das interne Qualitätsmanagement. Zugleich wird das erste Mal eine rv-einheitlich Transparenz des Leistungsgeschehens in der beruflichen Bildung hergestellt (Zander et al. 2013, Lindow et al. 2011).

Mit ihrer nach Kompetenzbereichen aufgebauten Gliederung und den Leistungsbeschreibungen wurden in der LBR die aktuellen Entwicklungen in der beruflichen Rehabilitation (Kompetenzorientierung, Individualisierung sowie Integrationsorientierung) aufgegriffen. Der Vortrag beschreibt die Zielsetzung und die Entwicklungsetappen der LBR. Zudem werden Konzeption und Aufbau der Klassifikation dargestellt und ihr Nutzen für die Dokumentationspraxis der beruflichen Reha-Einrichtungen erläutert.

K. Spyra, F. M. Radoschewski, W. Lay

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): LBR – Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. Ausgabe 2016

Lindow, B., Radoschewski, F. M., Lay, W., Mohnberg, I., Zander, J. (2011): Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen. RVaktuell, 58, 166-172.

Zander, J., Lindow, B., Radoschewski, F. M., Lay, W., Mohnberg, I., Klosterhuis, H. (2013): Transparenz der beruflichen Rehabilitation – Qualitätssicherung durch Leistungsdokumentation. RVaktuell, 6, 127-133.

Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in die Beschäftigung

Prof. Dr. Ernst von Kardorff
Humboldt-Universität zu Berlin,
Institut für Rehabilitationswissenschaften

In der Studie zur Rückkehr und zum nachhaltigen Verbleib in Arbeit wurden Rehabilitanden aus vier Abschlusskohorten zweijähriger beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in 3 BFWs und bei 3 Freien Trägern untersucht. Von der Ausgangsstichprobe von $N = 454$ konnten insgesamt 214 Personen zu drei Zeitpunkten (t_0 = Maßnahmebeginn; $t_1 = 6$ und $t_2 = 18$ Monate nach Abschluss der Maßnahme, über 3,5 Jahre) mit einem Fragebogen untersucht werden; 30 Teilnehmer wurden jeweils zu t_1 und zu t_2 mit episodisch-narrativen Interviews zu ihrer (Berufs-)Biografie, zu Problemen und Hindernissen beim *Return to Work* und beim Verbleib in Arbeit, zu ihrer gesundheitlichen und familiären Situation, zu ihren Bewältigungsstrategien und zur Nutzung der Empfehlungen aus der beruflichen Reha befragt. Gespräche mit Arbeitsmarktexperten und Fachkräften der Einrichtungen ergänzten die Sichtweisen der Teilnehmer.

Das zentrale Ziel der Studie richtete sich auf die Identifikation charakteristischer Konstellationen, die für eine erfolgreiche, eine verzögerte oder dem Umschulungsziel nicht entsprechende Rückkehr in Arbeit oder aber für ein Scheitern (Erwerbslosigkeit, EM-Rentenantrag) stehen. Dabei ging es um das Zusammenspiel der subjektiven (berufs-)biografischen Erfahrungen der Rehabilitanden/-innen und ihrer jeweiligen Anpassungsstrategien an ihre gesundheitlich beeinträchtigte Situation mit den Barrieren bzw. förderlichen Bedingungen, die sie in der Umschulung und nach Beendigung der Maßnahme bei der Suche nach Arbeit und an ihrem neuen Arbeitsplatz erlebt haben. Dabei wurde auch erhoben, inwieweit dabei in der Maßnahme erlernte Strategien genutzt wurden, welche Anpassungsstrategien sich als erfolgreich oder hinderlich zeigten und welche über die Qualifizierungsmaßnahme hinausgehenden, ggf. indikationsspezifische Hilfeangebote gewünscht werden oder erforderlich erscheinen, um einen nachhaltigen Erfolg der Maßnahme zu sichern.