



**EFL nach
WORKWELL/ISERNHAGEN**

Musculoskeletal Care for Organizations



**EFL-Institut
Gerhard Schnalke
Am Sportplatz 15
38177 Groß Schwülper
info@efl-institut.de
Mobil: 01632666327**

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	4
1.	Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Workwell/ Isernhagen	4
2.	EFL e.V.	Fehler!
	Textmarke nicht definiert.	
II.	Hauptvorteile des EFL-Systems	6
III.	Allgemeine Überlegungen zur Methodik physischer Leistungstests	7
1.	Psychophysische Tests	7
2.	Kinesiophysische Tests	7
IV.	Inhalte des EFL-Konzeptes.....	8
1.	Voraussetzungen	8
2.	Testelemente der EFL	9
3.	Messung und Bewertung	10
4.	Schmerzen während des EFL-Assessments	10
5.	Erfassung des Leistungsprofils	11
6.	Jobmatchtabelle	12
8.	Verhaltensbeobachtung	13
9.	PACT (Performance Assessment Capacity Testing)	14
10.	EFL-Bericht	15
11.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	15
12.	EFL im Rahmen der arbeitsplatzbezogenen Therapie	15
13.	EFL- Kurz-Assessment	16
14.	Nachteile des EFL-Systems	16
15.	Zeitlicher Aufwand für die EFL	17
16.	Raum- und Materialbedarf	17
17.	Vergütung für einen EFL-Assessment	17
V.	Konditionen	18
1.	Lizenzverfahren	18
2.	Qualitätssiegel des EFL e.V. und des EFL-Institut Anwenderliste	19
3.	Gebühren für die einzelnen Module der EFL-Akademie	20
4.	Über die EFL-Institut beziehbare Testausrüstung	21
5.	Weitere Testequipments	21
VI.	Kontaktdaten.....	23

Vii.	Ergebnisse der Wiederaufnahme der Arbeit anhand einer nordamerikanischen Studie	24
-------------	--	-----------

I. Einleitung

1. Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Workwell/ Isernhagen

In den Vereinigten Staaten (USA) wurden in den fünfziger Jahren funktionelle Assessmentverfahren unter dem Begriff „functional capacity evaluation“ (FCE) bekannt. Im deutschsprachigen Raum haben diese Testbatterien unter der Bezeichnung „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit“ (EFL) Einzug in die arbeitsplatzbezogenen Therapiekonzepte gehalten. 1996 führten Albrecht Jacobs, Dr. med. Moesch (Medizinalrat der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover) und Dr. med. Kasprowski (Chefarzt des Therapiezentrums Brunswiek der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in Bad Pyrmont) das EFL-System nach Susan Isernhagen in Deutschland ein. In der folgenden zwanzigjährigen Weiterentwicklung des EFL-Systems in Deutschland und in Zusammenarbeit mit Workwell (USA) hat sich das EFL-System nach Workwell / Isernhagen ab 2020 entwickelt.

Die Ergebnisse der klinischen Assessments, den Bewertungen der Arbeitsplatzbedingungen und den Ergebnissen des motorischen Leistungstests beschreiben eine umfassende Beurteilung der funktionell, motorischen Leistungsfähigkeit eines Probanden. Diese Ergebnisse werden in einem detaillierten Berichtsformat dem sogenannten EFL-Bericht zusammengefasst.

Im Vorfeld des eigentlichen EFL-Assessments wird der Proband zu seinem Krankheitsbild und Krankheitsverlauf, zu empfundenen Schmerz und schmerzbedingten Funktionseinschränkungen, zu bereits erfolgten Eingriffen, zu den bestehenden Arbeitsbedingungen sowie zu den persönlich empfundenen Defiziten befragt. Ein psychologischer Fragebogen und eine Einverständniserklärung zur Testdurchführung beschließen den Eröffnungsteil.

In einem zweiten Part wird eine medizinische Untersuchung des Bewegungssystems durchgeführt. Der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten, sowie wesentliche Funktionsstörungen sollten hiernach beurteilt werden können.

Erst jetzt, in einem dritten Teil, erfolgt das EFL-Assessment. Das EFL-Assessment-verfahren basiert auf der kineophysischen Testmethodik. Die Testbatterie mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests dauert 5 bis 6 Stunden, verteilt auf 2 Tage.

Die formulierten Arbeitsinhalte werden im EFL-Assessment durch Arbeitssimulationen berücksichtigt. Simuliert werden beispielsweise die Lasthandhabung (eingeteilt nach abgestuften Schwierigkeitsgraden), die motorischen Anforderungen wie Treppen zu steigen, zu knien und zu hocken.

Ein standardisierter EFL-Assessmentbericht (EFL-Bericht) enthält die Testresultate, einen ausführlichen Kommentar zu den Einzeltests und die quantitativen Aspekte der Belastbarkeit. Weiterhin werden u. a. die Beobachtung bzgl. Kooperation, die Konsistenz der Testausführung, das Auftreten von Symptomen, der Umgang mit Beschwerden und die Sicherheit der Arbeitstechniken aufgeführt. Die Fähigkeiten und Defizite zur Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit oder dem allgemeinen Arbeitsmarkt werden erörtert. Daraus resultiert die Beurteilung der aktuellen arbeitsbezogenen Belastbarkeit und Empfehlungen bezüglich Rehabilitation, Wiedereingliederung oder Fallabschluss.

Der EFL-Bericht beurteilt nur die funktionell, motorische Belastbarkeit. Kognitive Funktionsstörungen können die Arbeitsleistung ebenfalls negativ beeinflussen. Diese müssen jedoch durch entsprechende Tests separat untersucht werden.

Für die Durchführung der Tests, einen präzisen EFL-Bericht sowie die Umsetzung von Beurteilung und Empfehlung ist eine gute partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Arzt, Therapeut und Proband auf der einen und zwischen Versicherung, Arbeitgeber, Berufs- und Sozialberater auf der anderen Seite notwendig.

Die Beurteilung der Testergebnisse begründet sich auf objektiven Kriterien wie zum Beispiel:

- Rekrutierte Muskelgruppen
- Koordination und Gleichgewichtsreaktionen
- Hautrötung, Atmung, und Herzfrequenz

In einer Studie zu EFL beurteilten geschulte Untersucher unabhängig voneinander Videosequenzen von EFL-Probanden mit unterschiedlicher Testbelastung. Es ergab sich eine gute Intertester-Reliabilität bei erfahrenen Tester. Wichtig ist dabei eine gute Ausbildung und Supervision der Untersucher.

Auch der therapeutische Ansatz im Rahmen des EFL-Systems ist von großer Bedeutung.

Durch die EFL-Assessments erkennt der Patient sein eigenes Potential und die Grenzen seiner Belastbarkeit. Bereits bei der Durchführung der Tests gibt der Therapeut ergonomische Instruktionen für Arbeitshaltungen und Arbeitstechniken.

Das durch die EFL erstellte Belastbarkeitsprofil ist die Ausgangsbasis für das arbeitsbezogene Training, welches die ermittelnden Defizite durch ein gezieltes Aufbautraining beseitigt. Das regelmäßige Training relevanter Teile des EFL-Assessments dient dem Probanden als Feedback seiner Leistungsfähigkeit. Ständige - objektiv messbare - Verbesserungen in den Leistungstests verdeutlichen dem Probanden den Behandlungserfolg.

II. Hauptvorteile des EFL-Systems

Das EFL-System ist eine umfassende, systematische Leistungsevaluation bei arbeitsbezogenen realistischen Belastungen. Verlässliche Testergebnisse werden durch die lange Testdauer an 2 Tage möglich. Die lange Testdauer hilft ebenso dem Untersucher die gemachten Beobachtungen, wie z.B. verbale und nonverbale Äußerungen der Probanden, zusammen zu tragen und die Kohärenz des Gesamteindrucks zu prüfen. Die Messergebnisse der Evaluation und die ermittelnden Defizite werden mit den Belastungsanforderungen der Arbeit verglichen.

EFL bietet eine realitätsbezogene Bewertung der klinisch-pathologischen Problembereiche. Es wird zwischen arbeitsplatzrelevanten und weniger schwerwiegenden Befunden unterschieden. Im Testverfahren werden einfache und kostengünstige Testinstrumente verwendet. Proband, Therapeut und Arzt bekommen ein messbares Feedback der Leistungsfähigkeit der Probanden.

Der EFL-Bericht ist eine objektive Basis für den Austausch unter allen Beteiligten (Arzt, Therapeut, Proband, Versicherung, Arbeitgeber, Juristen).

III. Allgemeine Überlegungen zur Methodik physischer Leistungstests

Grundsätzlich gibt es zwei Testmethoden zur Erhebung der physischen Leistungsfähigkeit:

1. Psychophysische Tests

Psychophysische Tests (z.B. Cybex, Med X) haben als Zielparameter die absolute maximale Leistungsgrenze („ich kann nicht mehr“). Funktionelle, ergonomische Gesichtspunkte (sichere Funktion, stabilisierende Gelenkbewegungen) bleiben bei diesen Testmethoden unberücksichtigt. Vergleichsbasis ist in der Regel eine Normwerttabelle.

2. Kinesiophysische Tests

Zielparameter bei den kinesiophysischen Testmethoden ist die maximale, funktionelle und sichere Leistungsfähigkeit. Der Untersucher beurteilt die maximale Leistungsfähigkeit anhand standardisierter, funktioneller Beobachtungskriterien.

Voraussetzung für die Zuverlässigkeit kinesiophysischer Tests sind gut geschulte Therapeuten. Fundierte Kenntnisse in den Bereichen funktionelle Bewegungen, ergonomische Verhaltensmuster und pathologische Bewegungsmuster sind von grundlegender Bedeutung für den Therapeuten.

IV. Inhalte des EFL-Konzeptes

Mit 29 standardisierten funktionellen Leistungstests (Heben, Tragen, Arbeiten über Kopf, Leiter steigen etc.) wird die Belastbarkeit für häufige Arbeitsabläufe in der Berufswelt untersucht. Um möglichst verlässliche Angaben über die Belastbarkeit der betroffenen Testpersonen zu treffen, werden diese 29 Testsituationen auf zwei aufeinander folgende Tage verteilt.

Dadurch werden die Testergebnisse vom ersten Testtag am zweiten Tag überprüfen. Zusammen mit der langen zeitlichen Beanspruchung an beiden Testtagen (2 und 3 Stunden) lässt sich eine hohe Konsistenz der Testergebnisse erreichen.

Die Bestimmung der arbeitsplatzbezogenen Leistungsfähigkeit ist auch die Basis für ein zielorientiertes, arbeitsplatzbezogenes Leistungstraining. Innerhalb des Trainingsprogramms wird vor allem das Ziel verfolgt, die Belastbarkeit gegenüber den Anforderungen am Arbeitsplatz zu steigern.



1. Voraussetzungen

- Medizinisch stabiler Zustand des Klienten
- Kooperationsbereitschaft
- Realistische Aussichten auf berufliche Wiedereingliederung
- Patienten mit medizinisch stabilem Zustand (belastungsstabil), bei denen eine Rückkehr zur Arbeit bzw. wesentliche Belastungssteigerung mit einem normalen Physiotherapieprogramm nicht zu erreichen ist
- Laufende Verfahren zur Frühverrentung stellen unter Umständen sogar eine Kontraindikation dar

2. Testelemente der EFL

Last hantieren/Kraft	Haltung/Beweglichkeit	Fortbewegung
Heben Boden- zu Taillenhöhe	Arbeit über Kopfhöhe	Gehen
Heben Taillen- auf Kopfhöhe	Sitzen / Stehen vorgeneigt	Treppen steigen
Heben horizontal	Rotation im Sitzen / Stehen	Leiter steigen
Stoßen / Ziehen	Kriechen / Knien / Hocken	Gehen auf Balken
Tragen einhändig rechts / links	Wiederholte Kniebeuge	Handkoordination
Tragen vorne beidhändig	Längerdauernde Haltung	Geschicklichkeit rechts / links
Handkraft rechts / links	Sitzen / Stehen	

Das System beinhaltet ein ganzes Konzept ergonomischer Beobachtungen der gesamten körperlichen Funktionskette unter Belastung, des Verhaltens des Klienten, der Konsistenzbeurteilung (im Rahmen der gesamten Testbatterie und im Quervergleich zu klinischen Befunden und Ergebnissen der Befragung) sowie ein standardisiertes Berichtsformat.

3. Messung und Bewertung

Die 29 Standardtests werden von ausgebildeten Therapeuten angeleitet. An Hand von objektiven Beobachtungskriterien bestimmt der Therapeut das Belastungsniveau des Patienten. Gemessen wird je nach Testsituation entweder die Belastung in kg oder die Toleranzdauer von statischen Haltungen bzw. repetitiven Bewegungen. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit werden 4 Belastungskategorien beurteilt:

- leichte Belastungen, die der Patient ständig ausüben kann (über 90% eines 8 Stunden Arbeitsalltages)
- mittlere Belastungen, die der Patient überwiegend ausüben kann (51 – 90% eines 8 Stunden Arbeitsalltages)
- schwere Belastungen, die der Patient zeitweise ausüben kann (bis 10% eines 8 Stunden Arbeitsalltages)
- maximale Belastungen, die der Patient gelegentlich ausüben kann (bis 5% eines 8 Stunden Arbeitsalltages)

Die Beurteilung erfolgt anhand der Beobachtung klar definierter funktioneller Beurteilungskriterien. Zum Beispiel sind Veränderungen im Aktivitätsmuster der Muskulatur, der Herzfrequenz, der Atmung, der Sicherheit der Bewegung und der funktionellen Bewegungsmuster als Hinweise auf eine zunehmende Belastung bzw. maximale Belastung zu deuten. Ein wichtiges ergonomisches Prinzip des EFL-Assessments ist die Wiederholung der besonders belastenden Tests am 2. Testtag. Somit wird gewährleistet, dass eine deutliche Reduzierung der Belastbarkeit am 2. Testtag aufgrund von verzögerten Reizerscheinungen erfasst wird.

4. Schmerzen während des EFL-Assessments

Die sichere motorische Funktion und nicht der entstehende Schmerz ist der entscheidende Parameter in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. Die Aussage über die maximale sichere Belastbarkeit wird aufgrund einer klar ersichtlich überschrittenen ergonomischen und physischen Leistungsgrenze getroffen. Schmerzen sind nur im klaren Bezug zur Diagnose und im Sinne einer deutlichen Progredienz des Krankheitsbildes als Begrenzung anzusehen.

Schmerzbedingter Testabbruch ohne ersichtliche funktionelle Grenze ist bei vielen chronischen Patienten der Fall. Diese Art von Selbstlimitierung ist meist Ausdruck einer Schmerzausweitung und wird nicht als objektive ergonomische Leistungsgrenze akzeptiert.

Gestützt auf Ergebnisse des EFL-Assessments können so Empfehlungen über die tolerierbaren Belastungen am Arbeitsplatz gegeben werden und Defizite zwischen der aktuellen Leistungsfähigkeit und den Anforderungen am Arbeitsplatz aufgedeckt werden.

5. Erfassung des Leistungsprofils

Aufgrund der erhobenen Daten wird die Belastbarkeit während eines 8 Stunden Arbeitsalltages extrapoliert und in Form eines Leistungsprofils in einer Tabelle dargestellt.

Belastungsdauer pro 8 h	nie	gelegentlich	zeitweise	über- wiegend	ständig	Belastungsgrenze
<i>Belastungskategorie</i>		<i>max.</i>	<i>schwer</i>	<i>mittel</i>	<i>leicht</i>	(Bemerkungen, Beobachtungen)
Lasten/Kraft (kg, kp =10N)						
Heben Boden- zu Taillenhöhe		35	17,5	15	7,5	Reduzierte Maximalkraft der Rumpfmuskulatur und der Oberschenkelmuskulatur
Heben Taillen- zu Kopfhöhe		22,5	15	10	5	Reduzierte Maximalkraft der Schultergürtelmuskulatur und der Stabilität der Lendenwirbelsäule
Haltung / Beweglichkeit						
Arbeit über Kopf				X		Verminderte Kraft- ausdauer der Schulter- gürtelmuskulatur

7. Konsistenz

Die Zuverlässigkeit bzw. Konsistenz der Testergebnisse wird anhand des Vergleichs von Tests mit ähnlichen biomechanischen Belastungen, Test-Retest-Vergleichen (1.Tag/2. Tag), Test-Ausführungen mit klinischen Befunden und der Selbsteinschätzung der körperlichen Belastbarkeit mit den erreichten Testergebnissen bestimmt.

8. Verhaltensbeobachtung

Aufgrund der langen Testdauer (ca. 6 Stunden) hat der Therapeut viele Gelegenheiten, das Verhalten des Patienten bei Belastung und besonders beim Auftreten von Beschwerden zu beobachten:

- Sind Zeichen einer Selbstlimitierung vorhanden?
- Kennt der Patient Bewältigungsstrategien?
- Belastet sich der Patient trotz vermehrten Schmerzen?
- Liegt eine Schmerzvermeidungsverhalten vor?

Die Beschreibung all dieser Beobachtungen bildet einen wichtigen Teil des Untersuchungsberichtes.

Beurteilungskriterien während des EFL-Assessments:

Um möglichst objektive Daten zu ermitteln, werden während der Testausführung folgende Belastungskriterien ermittelt und überprüft:

- Herzfrequenz (Ruhepuls, Belastungspuls, Erholungspuls)
- Qualität der Bewegungen während den Belastungstest
- Bewegungsmuster während der Ausführung des Tests und das Verhalten nach dem jeweiligen Test
- benötigte Zeit
- Aktivitätsmuster der beanspruchten Muskelgruppen

9. PACT (Performance Assessment Capacity Testing)

Zusätzlich zu den funktionellen Leistungstests wird die persönliche Selbsteinschätzung des Betroffenen über seine momentane Leistungsfähigkeit bei alltäglichen Arbeitssituationen überprüft (50 Testsituationen). Diese Ergebnisse werden anschließend mit der objektiven Leistungsfähigkeit verglichen. Somit kann veranschaulicht werden, ob die subjektive Leistungsfähigkeit des Betroffenen mit der objektiven momentanen Leistungsfähigkeit übereinstimmt.

Auswertungsbogen des PACT-Bogens (Beispiel von zwei Items):

	möglich	eingeschränkt			Unmöglich	
22. Steckdosenplatte montieren	1	2	3	<u>4</u>	5	?
38. Eimer von 10 kg eine Leiter hinauftragen	<u>1</u>	2	3	4	5	?

In der Auswertung kann ein PACT-Index berechnet und mit dem groben Raster der bereits erwähnten DOT-Klassifikation der Arbeitsbelastungsniveaus verglichen werden.

Vergleich PACT-Index mit der DOT-Klassifikation der Arbeitsbelastung:

Klassifikation der Arbeitsbelastung	max. gelegentliche Belastung	PACT-Index
vorwiegend sitzend	Bis 5 kg *)	100 – 110
leicht	5 – 10 kg **)	125 – 135
mittel	10 – 25 kg	165 – 175
schwer	25 – 45 kg	180 – 190
Sehr schwer	> 45 kg	> 195

*) ergänzende Kriterien: gelegentlich Gehen und Stehen

**) ergänzende Kriterien: wesentlicher Anteil an Gehen und Stehen; oder vorwiegend sitzend, aber Armstoßen und –ziehen und/oder Fußkontrollfunktion erforderlich

10. EFL-Bericht

In einem standardisierten Berichtsformat werden die Testresultate und die beiliegende EFL-Tabelle ausführlich dokumentiert und neben den quantitativen Aspekten der Belastbarkeit auch die Beobachtungen des Therapeuten festgehalten.

Zu den folgenden Punkten wird innerhalb des EFL-Berichtsformates Stellung genommen:

- Aktuelle Probleme
- Arbeitssituation und aktueller Status der Arbeitsfähigkeit
- Testdurchführung
- Auftreten von Symptomen und Umgang mit Schmerzen
- Sicherheit der Arbeitstechnik
- Selbsteinschätzung der körperlichen Belastbarkeit
- Allgemeine Fähigkeiten und Defizite für den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Fähigkeiten und Defizite bezüglich der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit

Bezüglich der Verantwortung für den EFL-Bericht ist es erforderlich, dass der EFL-Bericht die EFL-Therapeuten in Zusammenarbeit mit dem zuständigen, geschulten EFL-Arzt erfolgt und von diesem auch unterzeichnet wird.

Im EFL-Bericht wird nur die motorische Belastbarkeit bewertet. Andere Funktionsstörungen wie bspw. Hirnfunktionsstörungen oder Kognition müssen entsprechende Testverfahren separat beurteilt werden.

11. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Vorbereitung und Durchführung der Testbatterie und die Abfassung des Berichtes bzw. Empfehlungen erfordern eine gute Zusammenarbeit mit Arzt, Therapeut, Versicherungen, Arbeitsmedizinern, Arbeitgeber, Berufshelfer, Sozialberater und Patienten.

12. EFL im Rahmen der arbeitsplatzbezogenen Therapie

Das EFL-Assessment zeigt die möglichen therapeutischer Maßnahmen auf, um eine Belastbarkeitssteigerung zu erreichen und ist richtungsweisend bei der Bestimmung von arbeitsplatzbezogener Therapieinhalte. Innerhalb dieser arbeitsplatzbezogenen Trainingsprogramme können direkt die festgestellten Defizite gezielt trainiert werden.

13. EFL- Kurz-Assessment

Innerhalb der stationären und ambulanten Rehabilitation werden unterdessen arbeitsplatzbezogene Therapieprogramme vorausgesetzt. Als Grundlage für ein gezieltes arbeitsplatzbezogenes Belastungstraining für die Vielzahl der Patienten einer stationären oder ambulanten Reha-Einrichtung ist das vollständige EFL-Assessment aufgrund seiner langen Dauer (6 Stunden) nicht gut geeignet. Aus diesem Grund wurde von der ehemals EFL-Institut der EFL- Kurz-Assessment entwickelt. Dieser EFL-Kurz-Assessment ist begrenzt auf max. 1 Stunde.

Innerhalb dieses EFL- Kurz-Assessment werden die relevanten Anforderungen (5 – 6) des Arbeitsplatzes bestimmt und anschließend in arbeitsplatzspezifische Testmodul umgesetzt. Somit kann die aktuelle Belastbarkeit des Patienten bezüglich, den wesentlichen Anforderungen seines Arbeitsplatzes bestimmt und innerhalb der nachfolgenden Rehabilitation verbessert werden.

Der EFL- Kurz-Assessment eignet sich ausschließlich für den Einsatz innerhalb arbeitsplatz-bezogener Therapieprogramme.

14. Nachteile des EFL-Systems

- Großer Zeitaufwand für einen EFL-Assessment: 2 x 3 Stunden für den Test (Therapeut); 1 x 3 Stunden zum Schreiben des Berichtes (Therapeut) und 0,5 - 1 Stunde zur Supervision mit dem Arzt; das ergibt ca. 8-10 Stunden Arbeit für den Therapeuten und 0,5 - 1 Stunde für den Arzt.
- Die beschreibende Form des Berichtsformats bietet auch naturgemäß mehr Spielraum für Interpretationen und Variationsmöglichkeiten als eine vorgegebene elektronische Testauswertung.
- EFL enthält weniger Testitems aus dem DOT (Dictionary of Occupational Titles) als andere Assessmentverfahren (Tätigkeiten, die in der allgemeinen Arbeitswelt vorkommen). Dafür besteht mehr Spielraum für arbeitsplatzspezifische Zusatztests.
- Die Qualität des EFL-Berichts und die einheitliche Testdurchführung sind stark von der Erfahrung und Ausbildung des Testers abhängig.

Anmerkung: Aus diesem Grunde betreibt das EFL-Institut das Qualitätssicherungssystem.

15. Zeitlicher Aufwand für die EFL

Der zeitliche Aufwand für einen EFL-Assessment sollte sich bei einigermaßen erfahrenen Anwendern etwa in folgendem Rahmen bewegen. Nicht darin eingeschlossen sind aufwändigere, ergänzende Abklärungen und Berichte (z.B. Arbeitsplatzabklärung vor Ort, klinisch-diagnostische, psychosoziale oder berufliche Beurteilung). Aus tariflichen Gründen sollten solche ergänzenden Abklärungen und Beurteilungen nicht innerhalb des EFL-Berichts, sondern im Rahmen zusätzlicher Berichte abgefasst werden.

	Zeitaufwand in Stunden
Testdurchführung	6
Besprechung der Testergebnisse zwischen Arzt und Therapeut	0,5 – 1
Abfassen des EFL-Berichts durch den Therapeuten	2 – 3
Summe des Arbeitsaufwandes für den Therapeuten	10
Summe des Arbeitsaufwandes für den Arzt	0,5 - 1

16. Raum- und Materialbedarf

Raumbedarf: ca. 50 Quadratmeter

Berechnet wurde der Raumbedarf für die Tests im engeren Sinne, d.h. nicht eingerechnet wurde ein Büroraum für Besprechungen und Bericht, die Benutzung eines langen Ganges für den Gehtest sowie die Benutzung einer Treppe für das Treppensteigen. Insgesamt werden ca. 50 Quadratmeter benötigt (Raum für Tragen, Ziehen, Stoßen, Kriechen, Raum für Hebetests, Positionstests, Raum für Arbeit an einem Tisch, z.B. für Handkoordinationstests, Raum für die Befundliege und ein kleiner Stauraum für Material wie Leiter, Gewichte usw.).

17. Vergütung für einen EFL-Assessment

Das EFL Institut hat bisher für einen in Auftrag gegebenen EFL-Assessment einen Tarif von 940,- € festgelegt. Zusätzliche Arztkosten von 108,- € sind abrechenbar (zzgl. 19% MwSt). Bitte entnehmen die aktuellen Preise aus dem Internet: www.efl-institut.de

V. Konditionen

1. Lizenzverfahren

Das System «Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL» von Isernhagen Work Systems IWS ist urheberrechtlich geschützt (Registration beim U.S. Copyright Office).

Die Einführung der Methode und Beteiligung an EFL-Kursen setzt den Erwerb einer EFL-Lizenz des EFL-Instituts voraus. Die Basiskosten für eine solche Lizenz belaufen sich derzeit auf 9.500 € (19 % Mehrwertsteuer inklusive). Der einmalige Erwerb der Lizenz beinhaltet das Recht zur Anwendung des EFL-Systems für die Lizenznehmer-Institution, einen 2-tägigen Grundkurskurs für Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten und einen Arzt (3 Teilnehmer) der betreffenden Institution, ein umfassendes Manual (Kursmanual) in deutscher Sprache sowie eine Betreuung und Supervision im ersten Jahr. Alle Therapeuten und Ärzte müssen eine praktische Erfahrung von mindestens einem Berufsjahr in der lizenznehmenden Einrichtung nachweisen.

- Die EFL-Lizenz gibt der Ambulanten Einrichtung / Klinik / Institution das Recht, das EFL-System einzuführen und anzuwenden. Die Lizenz ist an die Ambulante Einrichtung / Klinik / Institution gebunden und kann nicht von darin ausgebildeten Therapeuten an andere Institutionen transferiert werden.
- Der Lizenznehmer verpflichtet sich, im Interesse einer Assessment-Standardisierung sowie des bereits hohen Ansehens des EFL-Systems bei Rehabilitationsfachleuten und Versicherungsträgern in Deutschland, das EFL-System mit möglichst hoher Qualität und Zuverlässigkeit anzuwenden und unter der Bezeichnung EFL die Originaltests durchzuführen und das Berichtformat im wesentlichen der Vorlage der EFL-Institut entsprechend zu verwenden.

Aus dieser Lösung ergeben sich folgende wichtige Vorteile:

- einheitliches Assessmentsystem für die arbeitsbezogene Belastbarkeit in Deutschland
- Zusammenarbeit aller beteiligten Anwender
- Schaffung einheitlicher Standards und überprüfbarer Qualitätskriterien sowohl für alle Anwender als auch für die Leistungsträger
- Schaffung optimaler Voraussetzungen für angemessene und einheitliche Tarife der Sozialversicherungen für die arbeitsbezogene Leistungserprobung

Falls Sie sich näher für die Einführung des EFL-Systems an Ihrer ambulanten Einrichtung / Klinik / Institution interessieren, sind folgende Punkte zu beachten:

1. Nehmen Sie direkten Kontakt mit dem EFL-Institut auf.
2. Die EFL-Lizenzvereinbarung als Voraussetzung für eine Kursteilnahme werden Sie direkt mit dem EFL-Institut abschließen.
3. Vor Ihrer Teilnahme an einem Kurs muss die Lizenzgebühr von derzeit 9500,- € (19 % Mehrwertsteuer inklusive) an das EFL-Institut entrichtet werden.
4. Sobald die Lizenzgebühr bei dem EFL-Institut eingegangen ist, werden sie im Internetportal frei geschaltet. Ab diesen Augenblick können sie mit Ihren Login-Dateien jederzeit Kurse beim EFL-Institut buchen.

2. Qualitätssiegel des EFL-Institut Anwenderliste

Das Qualitätssiegel des EFL-Institutes erhalten alle Einrichtungen, deren Ärzte und Therapeuten folgende Bedingungen erfüllt haben:

1. Anmeldung bei der EFL-Institut
2. Erwerb der EFL-Lizenz
3. Teilnahme am Grundkurs EFL / EFL-Institut
4. Supervision von Berichten
5. Anmeldung am Aufbaukurs I
6. Supervision von Berichten
7. Anmeldung am Aufbaukurs II mit Abschlussprüfung und Erteilung des Zertifikats

Die Leistungsträger legen ihr Augenmerk in jüngster Vergangenheit verstärkt auf die EFL-Anwender mit dem Qualitätssiegel des EFL-Institutes. Die Liste der Inhaber des Qualitätssiegels ist im Internet unter www.efl-institut.de einsehbar.

WICHTIG:

Die Einhaltung der vorgegebenen Reihenfolge ist zwingend notwendig.

3. Gebühren für die einzelnen Module der EFL-Akademie

Erwerb der EFL-Lizenz:

Preis: 9500,00 € pro Institution (19 % Mehrwertsteuer inklusive)

(Der Erwerb der EFL-Lizenz berechtigt 3 Personen zur Teilnahme am EFL-Grundkurs)

Dauer EFL-Grundkurs: 2 Tage Beginn: Freitag ab 8.30 Uhr – Samstag 15:15 Uhr

EFL-Aufbaukurs I:

Dauer EFL-Aufbaukurs I: 1 Tag Beginn: Samstag ab 8.30 Uhr bis 15:15 Uhr

EFL-Aufbaukurs II:

Dauer EFL-Aufbaukurs II: 1 Tag Beginn: Samstag ab 8.30 Uhr bis ca. 16:00 Uhr

Kosten:

Grundkurs	€ 595,- (incl. 19%MwSt)
Aufbaukurs I	€ 260,- (incl. 19%MwSt)
Aufbaukurs II	€ 320,- (incl. 19%MwSt)

4. Über das EFL-Institut beziehbare Testausrüstung

- Kiste für beidhändiges Heben und Tragen
- Kiste für einhändiges Tragen
- Schlitten für dynamisches Ziehen und Schieben
- Vorrichtung für Über-Kopf-Arbeit
- Vorrichtung für statisches Ziehen und Stoßen
- Handkoordination: Pegboard, Roundblock - Nuts & Bolts

Kosten für die standardisierten EFL-Assessmentmaterialien insgesamt:

1300,- € (*zzgl. Versandkosten und 19 % MwSt)

5. Weitere Testequipments

1. höhenverstellbarer Tisch
2. Gewichte für insgesamt 50-60 kg (Sandsäcke, Bleisäcke, Gewichtsscheiben) mit folgenden Abstufungen: 2,5 kg, 5 kg, 10 kg
3. Kraftmesser für statisches Zeihen und Schieben/Drücken an der Wand befestigt und höhenverstellbar
4. Handkraftmesser
5. Handkoordinationstests (n = 3)
6. sichere Aufstellleiter
7. Holzbalken (300 cm/600 cm x 10 cm x 5 cm)
8. Stoppuhr
9. Winkelmesser, Maßband
10. Pulsmesser
11. Blutdruckmesser
12. Zugang zu Treppen
13. Abgemessene Gehstrecke für 400 m gehen
14. Abgemessene Gehstrecke für die Trage- und Schiebe-/Ziehtests 9 m
15. Stuhl

16. Bodenmatte
17. evtl. Knieschoner
18. Sortierboxen
19. Schrauben
20. kleinere Spiele
21. PACT- Test

Kosten weitere Testmaterialien ca. 3500,- €

VI. Kontaktdaten

1. EFL-Institut.

Fragen und Informationen bezüglich:

- des EFL-Ausbildungsverfahrens
- der Supervision der EFL-Berichte
- Informationen über EFL-Tagungen

Gerhard Schnalke

Am Sportplatz 15

38177 Groß Schwülper

info@efl-institut.de

Mobil: 01632666327

VII. Ergebnisse der Wiederaufnahme der Arbeit anhand einer nordamerikanischen Studie

Nordamerikanische Studie zur Effektivität des EFL-Assessmentsystems bei der Wiedereingliederung von Patienten mit chronischen Beschwerden:

Vorinformation:

Statistiken zeigen eine sehr geringe Rate der beruflichen Wiedereingliederung bei Patienten mit chronischen Beschwerden, die mehr als 6 Monate arbeitsunfähig sind. In solchen Fällen ist laut Literatur eine Wiederaufnahme der Arbeit durch den Patienten nur nach aufwändigen und teuren Rehabilitationsmaßnahmen möglich.

In der folgenden Studie soll belegt werden, dass die Wiedereingliederung auf Basis eines EFL-Assessments auch ohne teure Rehabilitationsmaßnahmen gelingen kann. Dabei ist davon auszugehen, dass anhand der genaueren Beurteilung der funktionellen Fähigkeiten der Patienten mittels eines EFL-Assessments der Wiedereingliederungsprozess besser gesteuert werden kann.

Methode der Studie:

1. Schritt: Durchführung eines EFL-Assessments
(29 Testsituationen an zwei aufeinander folgenden Tagen)
2. Schritt: Beurteilung der funktionellen Fähigkeiten der jeweiligen Testpersonen
3. Schritt: Sechs Monate nach der Durchführung des EFL-Assessments erfolgte eine erneute Befragung der Testpersonen

(Anmerkung: die Befragten wurden nicht willkürlich ausgewählt, sondern gemäß der Durchführung der EFL-Assessments eingeladen.)

- Für diese Untersuchung wurden insgesamt 416 Patienten befragt, deren durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit nahezu 9 Monate betrug und die somit von ihrem Status her als „chronische Fälle“ zu betrachten waren.
- 99 dieser 416 Patienten wurden im Anschluss an ihrem EFL-Assessment weiteren Behandlungen unterzogen und daher bei den weiteren Auswertungen nicht mehr berücksichtigt.

- 317 der insgesamt befragten Patienten erfuhren keine weitere Form der Behandlung nach der EFL (also keine Physiotherapie oder auf den Arbeitsplatz bezogene Übungen), davon befanden sich 37 Mitglieder dieser Personengruppe bereits im Prozess der Wiederaufnahme der Arbeit und wurden daher bei den weiteren Auswertungen ebenfalls nicht mehr berücksichtigt.
- Es verblieben somit 280 chronisch kranke Patienten, von denen 170 Personen (61%) ohne weitere Behandlung ihre Arbeit aufgrund der Ergebnisse der EFL und der daraus resultierenden Empfehlungen wieder aufnahmen. Auf diese 170 Personen beziehen sich die nachfolgenden Angaben.
- Kommentare zu den Ergebnissen finden sie nach jeder Statistik-Gruppe.

Das Arbeitsniveau wurde so angegeben:

1. 36% gleiche Firma, gleiche Tätigkeit
2. 34% gleiche Firma, gleiche Tätigkeit (modifiziert)
3. 12% gleiche Firma, neue Tätigkeit
4. 18% neue Firma, neue Tätigkeit

70% kehrten an ihre vorherige Arbeitsstelle (gleich oder modifiziert) zurück, was von Versicherungsgesellschaften als bestes Ergebnis eingestuft wird.

Im Ganzen kehrten 82% in die ursprüngliche Firma zurück.

Die Klarheit, mit der die EFL mögliche Tätigkeitsmodifikationen definiert und die Bereitschaft des Arbeitgebers, die Arbeit bzw. die Arbeitsstelle aufgrund objektiver Informationen zu modifizieren, führen zu einem positiven Ergebnis.

Die Arbeitsbelastung:

1. 69% Vollzeit
2. 26% Teilzeit (4 – 8 Stunden täglich)
3. 5% Teilzeit (1 – 3,5 Stunden täglich)

Mehr als zwei Drittel aller Patienten, die ihre Arbeit wieder aufnahmen, waren vollzeitbeschäftigt. Dies ist ein hervorragendes Eingliederungsergebnis, wenn man die Dauer der Krankschreibungen betrachtet.

Die Arbeitszufriedenheit:

1. 66% der Patienten waren zufrieden mit Arbeitsniveau / Belastung
2. 16% der Patienten würden gerne mehr bzw. intensiver arbeiten
3. 18% der Patienten würden gerne weniger bzw. mit geringerer Belastung arbeiten

Zwei Drittel dieser Patienten waren sechs Monate nach der EFL zufrieden mit dem Arbeitsniveau bzw. der Belastung durch die Arbeit. Einige Patienten wollten künftig auf einem höheren Niveau arbeiten. Wenn sie an einem Arbeitsplatz mit angemessenem funktionellem Niveau zurückkehren, stieg die Zufriedenheit der Patienten. Die daraus resultierenden positiven Aspekte bezüglich der Arbeitsleistung und der Arbeitsqualität sind betriebswirtschaftlich nicht zu unterschätzen.

Das Klima am Arbeitsplatz:

1. 53% der Kollegen hießen den Patienten willkommen
2. 19% der Kollegen verhielten sich neutral dem Patienten gegenüber
3. 17% der Kollegen machten es dem Patienten schwer
4. 11% der Patienten waren selbständig, daher nicht relevant

In der Arbeitswelt wurden bereits große Fortschritte hinsichtlich der allgemeinen Einstellung zur Wiedereingliederung in den Berufsalltag absolviert. Arbeitgeber und die Peer-Gruppe am Arbeitsplatz können jedoch immer noch ein unzuträgliches Klima schaffen, indem die Bemühungen des Patienten um Wiedereingliederung nicht angemessen akzeptiert werden und eventuell durch „Mobbing“ erschwert werden.

Dies ist ein Thema, welches im Rahmen eines „Arbeitsunfall-Managements“ angesprochen werden sollte.

Das Schmerzgefühl beim Arbeiten:

1. 15% der Patienten hatten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit
2. 58% der Patienten arbeiteten trotz spürbarer Schmerzen weiter
3. 27% der Patienten wurden durch Schmerzen von intensiver Arbeit abgehalten

Schmerz und Funktion sind nicht dasselbe. Die EFL, die sich auf eine sichere Funktion konzentriert, erlaubt eine Differenzierung zwischen Schmerz und Funktion und betrachtet die sichere Fähigkeit des Patienten, die Arbeitsanforderungen auch unter Schmerzeinfluss funktionell auszuführen. Die Arbeitnehmer gaben an, dass sie gemäß der Intensität des Unbehagens weiterarbeiten würden.

Verstehen der EFL und der Ergebnisse:

1. 93% der Patienten half die EFL, die physische Funktionsfähigkeit zu verstehen
2. 7% der Patienten fühlten sich durch die EFL verwirrt

Fast alle Patienten lernten bezüglich ihrer Arbeitsbefähigung hinzu. Obwohl die Patienten im Allgemeinen ihre Funktionsfähigkeit verstanden, waren es doch die Ergebnisse der EFL, die es ermöglichten, sich ein genaueres Bild der individuellen Arbeitsbefähigung zu verschaffen. Diese Tatsache führte häufig zum Entschluss, die Arbeit wieder aufnehmen zu wollen.

Einstellung zu weiterführender Prävention nach Durchführung der EFL:

1. 81% der Patienten wollten kräftiger werden
2. 3% der Patienten fühlten sich ermutigt
3. 13% der Patienten war ihre körperliche Entwicklung gleichgültig
4. 3% der Patienten hatten keine Meinung

Ergebnisse:

1. 61%: Wiederaufnahme der Arbeit
2. 24%: Fall abgeschlossen
3. 9%: kein Arbeitsplatz erhältlich
4. 6%: andere

Nach der Durchführung der EFL kennen und verstehen viele Patienten ihre physischen Grenzen. Hierdurch werden sie ermutigt, Wege zu finden, ihren gegenwärtigen Zustand zu verbessern.

Nordamerikanische Teilnehmer an der Untersuchung

Die oben angegebenen Daten wurden an folgenden Orten gesammelt (16 Kliniken)

Arizona	Fearon Physikal Therapie, Phoenix
Colorado	Brookside Physikal therapie, Denver
Georgia	PT Associates of Tifton, Tifton
Illinois	St. AntonyMedical Center, Rockford
Iowa	Duffy & Associates, Ankeny
Kentucky	Ortho Rehab, Louisville
Louisiana	Center for Funktional Performance, Hammond PT Clinic of Lafayette, Lafayette
Minnesota	Douglas County Hospital, Alexandria; Health East Optimum Rehab Center, West St. Paul; Isernhagen Clinic, Duluth
North Dakota	Columbia PT, Shodack
Ohio	Blanchard Vally, Findlay
Wisconsin	Wausau Medical Center, Wausau
Nova Scotia (Kanada)	Cabot Physio, Sydney