

# Reha in der Rente – Themaverfehlung oder sinnvoll?

Birgit Senft, Caroline Jaritz, Doris Petz, Sigurd Hochfellner



32. Reha-Kolloquium 2023 Hannover

# Inhalt

- ❖ Hintergrund zur Rehabilitation in Österreich
- ❖ Zielsetzungen und Methodik
- ❖ Ergebnisse für Rentenbezieher\*innen im Vergleich zu anderen Gruppen
- ❖ Positive Aspekte und Herausforderungen

## Erklärung zu Interessenskonflikten:

Es liegt kein Interessenskonflikt vor



2

- Wir freuen uns, Ihnen Ergebnisse aus der Privatlinik St. Radegund in Österreich präsentieren zu dürfen
- Wir haben uns mit der Thematik von Rentenbezieher\*innen in der Rehabilitation auseinandergesetzt – wir verzeichnen eine leichte Zunahme dieser Klientel in unserem Haus und haben uns natürlich die Frage gestellt, inwieweit sie von der Reha profitieren
- Was gut läuft, und wo aber auch Herausforderungen bestehen
- Es bestehen keine Interessenskonflikte

# Hintergrund Rehabilitation I

- im Anschluss an ein akutmedizinisches Ereignis oder
- bei schweren chronischen Erkrankungen
  - Rehabilitationsbedürftigkeit
  - Rehabilitationsprognose (PV, 2022, Bericht 17)
  - bei Nicht-Zuständigkeit der PV: Krankenversicherungsträger (österreich. Reha-Kompass)
- Ziele der Rehabilitation bei Rentenbezieher\*innen:
  - Erhaltung des Gesundheitszustands
  - Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
  - Begleitende Maßnahmen zur Verminderung verhaltensbezogener Risikofaktoren (PV, 2022)



3

- Rehabilitation umfasst eine Vielzahl von medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen
- Mit dem Ziel körperlich, geistig oder psychisch beeinträchtigte Personen in die Lage zu versetzen
- Im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und auch in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz einzunehmen
- Bei Rentenbezieher\*innen soll die Gesundheit erhalten und Pflegebedürftigkeit hintangehalten werden, und sie sollen selbstständig ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben führen können
- Die Pensionsversicherung ist zuständig, wenn eine BU vorliegt oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist und ein Antrag auf BU entspricht auch automatisch einem Antrag auf Rehabilitation
- Für die Phase der Rehabilitation wird durch die Österreichische Gesundheitskasse ein Rehabilitationsgeld bezahlt
- Nach Zuerkennung von BU/IP oder Alterspension ist die Pensionsversicherung nicht mehr für die Reha zuständig, sie ist aber aus dem Rechtstitel der Gesundheitsvorsorge möglich
- Und Personen, die nicht durch die Pensionsversicherung anspruchsberechtigt sind, können durch den Krankenversicherungsträger einer Reha genehmigt bekommen
- Hier muss auch in einem so kleinen Land wie Österreich von einer lokal unterschiedlichen Praxis der Gewährleistung ausgegangen werden, die Privatklinik St. Radegund befindet sich im Bundesland Steiermark, wo ein guter Austausch mit den Kostenträgern besteht und Kommunikation über Zielsetzungen und Erfolg der Rehabilitation gepflegt wird

# Hintergrund Rehabilitation II

- Pensionsstand 2021: 2 Mio. Menschen

- IV-/BU-Pensionen: 5,8%

- Neuzugänge: rückläufiger Trend BU/IP:

- 2017: 21,0%
- 2019: 17,7%
- 2021: 12,3%

- Psychiatrische Erkrankungen häufigste Ursache für

- |                                  |       |               |     |
|----------------------------------|-------|---------------|-----|
| • Invaliditätspension (IV)       | (31%) | Bewegungsapp. | 21% |
| • Berufsunfähigkeitspension (BU) | (42%) | Krebs         | 17% |



4

- Ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation besteht grundsätzlich nicht
- Aber seit 2017 besteht ein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation wenn Berufsunfähigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist oder besteht
- und wenn nun wir den Fokus von den (potenziell) Erwerbstätigen hin zu den Rentenbezieher\*innen lenken sehen wir, dass es sich um eine doch große Gruppe von über 2 Millionen Menschen in Österreich handelt
- Der Anteil an Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen macht zusammen knapp 6% aus und ist in den letzten Jahren vom Trend her zumindest bei den Neuzugängen rückläufig
- **Aber** psychiatrische Erkrankungen machen noch immer die mit Abstand häufigste Ursache für vorzeitige Berentungen aus.
- Nun, bei chronischen Erkrankungen wie beispielsweise einer (rezidivierenden) Depression ist nicht davon auszugehen, dass diese verschwindet oder mit der Gewährung bzw. Antritt einer Pension eine Spontanremission eintritt
- Die Frage ist nun, wie können diese Menschen adäquat psychiatrisch versorgt werden
- Im Rahmen eines Kuraufenthalts können psychiatrische Erkrankungen nicht in dem Maß behandelt werden wie in einer Rehabilitation, eine Akut-Aufnahme ist in der Regel auch nicht angezeigt andere Alternativen sind mir nicht bekannt

# Zielsetzung

- Charakterisierung der Klientel
- Vergleich der Outcomes mit Rehabilitand\*innen im erwerbsfähigen Alter



5

- In erster Linie ist es uns darum gegangen zu evaluieren, wie erfolgreich die 6-wöchige stationäre Rehabilitation für Rentenbezieher\*innen ist
- Diese Bewertung möchten wir durch einen Vergleich mit Rehabilitand\*innen im erwerbsfähigen Alter machen
- Wir möchten uns aber natürlich auch die Charakteristika dieser Gruppe ansehen und uns mit Herausforderungen auseinandersetzen

# Methodik

- **Schriftliche Befragung:** Beginn und Ende der 6-wöchigen stat. Reha & 1 Jahr später
- **BDI-II Beck Depressions-Inventar** (Hautzinger et al., 2006)
- **BSI-18** (Franke et al., 2017): Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit
- **ICF 3F AT** (Nosper, 2008): Kogn. Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, soz. Kompetenz
- **WHO DAS 2.0** (Üstün et al., 2010): VK / M / S / U / A / P
- Items zu Soziodemographie, beruflichem Status, Rehabilitationszielen



6

- Unsere Patient\*innen werden während der ersten und der letzten Tage des Aufenthalts schriftlich befragt
- Ein Jahr nach Ende der Rehabilitation bekommen sie den Fragebogen per Post zugeschickt
- Zu diagnostischen Zwecken und zur Veränderungsbewertung verwenden wir für die depressive Symptomatik das BDI-II – bei diesem Fragebogen wird ein Summenwert über alle 21 Fragen gebildet, der einen Indikator für die Symptomschwere einer depressiven Störung darstellt, höhere Werte stehen für eine stärkere Symptomatik
- Die anderen drei Fragebögen werden vom Kostenträger vorgeschrieben und decken die Bereiche Symptomatik, Aktivitäten und Teilhabe sowie Functioning bzw. Lebensqualität ab
- Zusätzlich erheben wir den beruflichen Status bei Beginn der Rehabilitation und im Zuge der katamnestischen Befragung sehr genau, einerseits zur Charakterisierung der Klientel aber natürlich auch mit der Zielsetzung einer Verlaufsanalyse

## Stichprobe N = 2.353

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jänner 20 bis Juni 22</li> <li>▪ 58,95% weiblich</li> <li>▪ Ø 49,5 Jahre alt</li> </ul>	<b>Haupt-Diagnosen nach ICD10</b>	
	F3 Affektive Störungen:	N = 1.599 (68,0%)
	F4 Neurot./Belast./somat. Störungen	N = 593 (25,2%)
	F6 Persönlichk./Verhaltensstörungen	N = 42 ( 1,8%)
	Sonstige	N = 119 ( 5,0%)
	<b>Beruflicher Status</b>	
	▪ Berufstätig	N = 837 (35,6%)
	▪ Arbeitslos	N = 741 (31,5%)
	▪ Reha-Geld	N = 244 (10,4%)
	▪ Antragstellung	N = 156 ( 6,6%)
	▪ BU-/IP-Rente	N = 184 ( 7,8%)
	▪ <b>Altersrente</b>	<b>N = 191 ( 8,1%)</b>

- Einbezogen wurden regulär abgeschlossene Heilverfahren der 6-wöchigen stationären psychiatrischen Rehabilitation - wenn die der Ergebnisse aus der Standardevaluation bei Beginn und Ende der Maßnahme vorlagen.
- Ausgeschlossen wurden
- 343 Abgebrochene Heilverfahren – das waren aufgrund der COVID-19-Pandemie mehr Fälle als üblich
- 27 Fälle mit unklarem und 71 mit sonstigem beruflichen Status
- sowie Datensätze und unvollständigen Daten der Patient Reported Outcomes, das waren 159 Fälle
- Damit beinhaltet die Analysestichprobe 2353 Rehabilitand\*innen aus dem Zeitraum Jänner 20 bis Juni 2022 – ich möchte gleich hier anführen, dass nicht bei allen Measurements Daten von allen Rehabilitand\*innen vorliegen
- Knapp 60% sind weiblich
- Und mit 49,5 Jahren ist das Durchschnittsalter relativ hoch
- Unter den Diagnosen nach ICD-10 dominieren affektive Störungen mit einem Anteil von mehr als 2/3
- Und typisch für die österreichische Reha-Klientel ist auch die Verteilung beim beruflichen Status
- Wir sehen dass nur etwa gut 1/3 berufstätig ist und knapp 1/3 Arbeitslosengeld bezieht,
- Reha-Geld beziehen 10% und 7% haben einen Antrag auf RG bzw. BU/IP gestellt
- Und mit 8% ist der Anteil von Bezieher\*innen einer dauerhaften Rente relativ hoch
- Rechnet man die vier letzten Gruppen zusammen, macht das genau 1/2 aller Rehabilitand\*innen aus – bei diesen Personen ist eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt nicht

ausgeschlossen, aber natürlich unwahrscheinlicher als bei den ersten beiden Gruppen

# Stichprobencharakteristika

## ■ In der Gruppe der Rentner\*innen ...

- Ø 68 Jahre alt (61 bis 84 Jahre, Q1: 64 Jahre, Q2: 67 Jahre; Q3: 72 Jahre)
- sig. weniger Männer (13% vs. 43%)
- sig. häufiger F3-Diagnosen (76% vs. 67%)
- Abbrüche (15%) häufiger als bei Berufstätigen (7%) – ähnlich wie bei Reha-Geld (12%)

## ■ ... gibt es Unterschiede in den Rehabilitationszielen: „sehr wichtiges Ziel“

- Wiederaufnahme von geselligen Aktivitäten und Freundschaftspflege (60% vs. 42%)
- Verbesserung der körperlichen Gesundheit (78% vs. 63%)
- Verbesserung des Umgangs mit privaten Belastungen (70% vs. 60%)



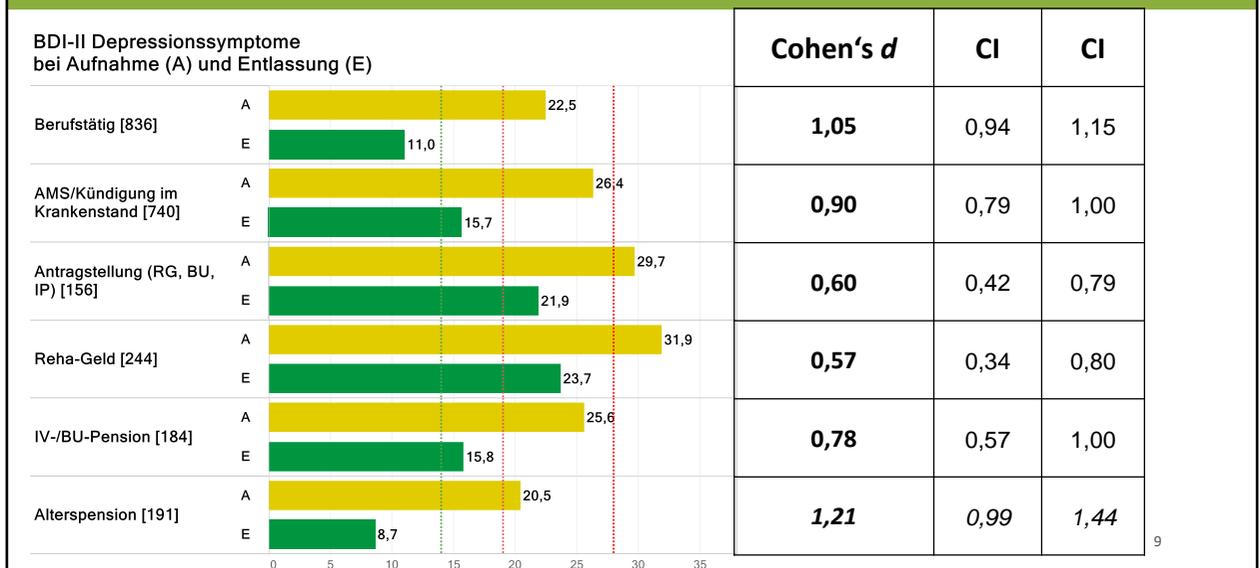
8

- Wenn man die Gruppe der Rentnerinnen mit der Klientel im erwerbsfähigen Alter vergleicht zeigen sich einige Auffälligkeiten:
- Natürlich ist der Altersschnitt relativ hoch und liegt in dieser Stichprobe bei 68 Jahren, die Hälfte ist mindestens 67 Jahre und ein Viertel mindestens 75 Jahre
- Der Männer-Anteil ist signifikant geringer
- Und sie weisen als Entlassungsdiagnose noch häufiger affektive Störungen und weniger Diagnose aus der Gruppe F4 mit den somatoformen, den Angst- und traumaassoziierten Störungen auf
- Bei der Analyse der Gesamtstichprobe mit über 5000 Patient\*innen zeigt sich, dass die Rentner\*innen zu den Gruppen mit häufigeren Abbrüchen zählen – doppelt so häufig wie Berufstätige, aber auch die Gruppen Krankenstand ohne DV oder Reha-Geld brechen in mehr als 10% der Fälle ab, nur die Gruppe sonstige liegt mit 18% noch höher – dabei muss berücksichtigt werden, dass die Abbrüche aufgrund von Covid hier inbegriffen sind
- Und auch in den Rehabilitationszielen gibt es Unterschiede – wir haben die Patient\*innen im Zuge der Eingangsdiagnostik dazu befragt
  - Sie stimmen den Teilhabezielen – mit Ausnahme der beruflichen Ziele – stärker zu, z.B. wollen sie wieder unter Menschen gehen,
  - Eine Verbesserung der geistigen Fähigkeit sehen in beiden Gruppen etwa

60% als Ziel – hier unterscheiden sich – wie schon bei der Verbesserung der psychischen Gesundheit – jüngere und ältere Rehabilitand\*innen nicht

- Und natürlich haben berufsbezogene Ziele kaum mehr Bedeutung

# Reduktion depressiver Symptomatik A-E

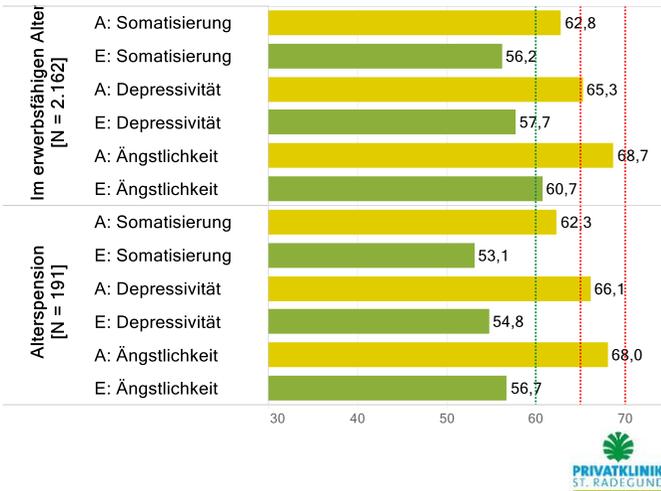


- Wie sehen hier die mittleren Summenwerte im Beck Depressionsinventar bei Beginn und Ende der Rehabilitation in Abhängigkeit vom beruflichen Status
- Die grüne Linie bei 14 Punkten markiert die Grenze zum unauffälligen Bereich bzw. den Bereich zur minimalen Depression
- Ab 19 Punkten kann von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik und ab 28 Punkten von einer starken depressiven Symptomatik ausgegangen werden
- Einerseits zeigt sich hier das unterschiedliche Ausgangsniveau in der Symptomatik – während Berufstätige und Alterspensionisten die geringste Ausgangssymptomatik aufweisen
- Sie unterscheiden sich bei der Aufnahme nicht signifikant von den Berufstätigen
- Fallen Reha-Geld Bezieher\*innen und Antragsteller\*innen durch eine besonders starke Depressionssymptomatik auf
- Und man sieht hier auch gut, dass sich die Gruppen der Berufstätigen und der Altersrentner in den unauffälligen Bereich verbessern, im Schnitt um über 10 Punkte
- Ab 8 Punkten kann von einer signifikanten Reduktion, und bei einer Verbesserung in den untersten Bereich von einer klinisch signifikanten Verbesserung gesprochen werden

# Symptombelastung im BSI-18

A-E

Körperliche und psychische Symptombelastung im BSI 18 bei Aufnahme (A) und Entlassung (E)



Cohen's d	Depressivität	Ängstlichkeit	Somatisierung
Berufstätige	0,96	0,95	0,73
Arbeitslos	0,86	0,84	0,58
Reha-Geld	0,63	0,72	0,48
Antragstell.	0,73	0,56	0,52
BU/IP	0,88	0,85	0,60
<b>Altersrente</b>	<b>1,16</b>	<b>1,13</b>	<b>0,81</b>



10

- Der Übersichtlichkeit halber habe ich die Ergebnisse im BSI-18 nur für die beiden Gruppen der Rentner\*innen und der Rehabilitand\*innen im erwerbsfähigen Alter dargestellt, weil wir hier drei Skalenwerte haben und dies bei 6 Berufsgruppen unübersichtlich wird
- Es fällt auf, dass sich die Rentner\*innen im BSI-18 von der übrigen Reha-Klientel nicht so deutlich unterscheiden, bei der Detailanalyse sieht man auch hier, dass sie ähnliche Ausgangswerte aufweisen wie die Berufstätige Rehabilitand\*innen
- Insgesamt zeigen sich mittlere bis hohe Effektgrößen, bei der Skala Somatisierung ist die Ausgangsbelastung etwas niedriger und dementsprechend ist auch die Reduktion etwas geringer

# WHO DAS 2.0 Disability Assessment Schedule

<b>Cohen's d</b>	D1 VK Verständnis und Kommunikation	D4 Umgang mit anderen Menschen	D5 Tätigkeiten des alltäglichen Lebens Haushalt	D6 P Teilnahme am gesellschaftlichen Leben /Partizipation
<b>Berufstätige [827]</b>	0,67	<b>0,51</b>	<b>0,64</b>	0,73
Arbeitslos [734]	0,56	0,43	0,45	0,64
Reha-Geld [238]	0,36	0,26	0,46	0,63
Antragstellung [154]	0,50	0,27	0,43	0,56
BU/IP [180]	0,62	0,33	0,44	0,52
<b>Altersrente [186]</b>	<b>0,76</b>	<b>0,50</b>	<b>0,52</b>	<b>0,83</b>



11

- Beim WHO habe ich in der Ergebnisdarstellung auf die Domänen Mobilität und Selbstversorgung verzichtet, weil die Rehabilitand\*innen hierbei kaum Probleme aufweisen – andernfalls wäre auch die Reha-Fähigkeit fraglich
- die Domäne Arbeit habe ich ebenfalls weg gelassen, weil ja insgesamt nur 36% der Rehabilitand\*innen berufstätig sind und Effekte am Ende der Rehabilitation nur in sehr geringem Ausmaß gegeben sind
- Auch hier zeigen sich für die Rentner\*innen – gemeinsam mit den berufstätigen Rehabilitand\*innen sehr schöne Effekte

## ICF 3F AT Aktivitäten und Teilhabe A-E

Cohen's d	KL Kognitive Leistungsfähigkeit	SW Selbstwirksamkeit	SK Soziale Kompetenz
Berufstätige [822]	0,63	<b>0,83</b>	0,45
Arbeitslos [733]	0,53	0,70	0,44
Reha-Geld [236]	0,42	0,52	0,20
Antragstellung [153]	0,50	0,59	0,33
BU/IP [177]	0,52	0,62	0,46
<b>Altersrente [183]</b>	<b>0,77</b>	<b>0,77</b>	<b>0,54</b>

- Auch beim Fragebogen zu Aktivitäten und Teilhabe zeigen sich beachtliche Effekte
- Schön ist der hohe Effekt in der Skala Selbstwirksamkeit

## Bewertung Reha Katamnese (1 Jahr danach)

- „Inneres Gleichgewicht, Lebensfreude, neue Perspektiven, eine bleibende Freundschaft, neue Betätigungsfelder, Gesundheitsverbesserung (psychisch und physisch)“ (weiblich, 61a, F43.2)
- „Ich fühlte mich verstanden und umsorgt. Die Gruppe war "einzigartig" und ich hatte das Gefühl über ALLES reden zu können. Ich konnte nach der 2. Woche wieder essen und ohne Schlafmittel schlafen.“ (weiblich, 70a, F33.1)
- „Ich kann manche Situationen besser meistern. Die Konzentration ist auch besser geworden. Die Gemeinschaft hat mir viel gebracht.“ (weiblich, 63a, F33.0)
- „Ich kann mich leichter beruhigen, da ich in der Reha gelernt habe wie ich mich verhalten kann, wenn es mir schlecht geht! Das hilft mir sehr, sehr viel. Danke!“ (weiblich, 67a, F41.3)
- „Ich bin ruhiger geworden, arbeite daran, dass ich mich mal durchsetze und mich getraue auch "nein" zu sagen. Meine Meinung äußern, aber es gibt auch Phasen, wo es mir nicht so gut geht. Die gelernten Übungen helfen mir auch viel.“ (weiblich, 71a, F33.1)

# Perspektive der Ärzt\*innen

## Positive Aspekte:

- Bereicherung für die Reha-Klientel – Win-Win-Situation
- Sozialkontakte/Wertschätzung
- Aktivierung
- Stärkung/Aktivierung von Ressourcen
- Diagnostische Abklärung/Medikation
- Sturzprophylaxe

## Herausforderungen:

- Höherer Zeitlicher Aufwand
  - Z.B. Polypharmazie, Hypakusis
  - Demenz (Screening vorab)
  - Körperliche Einschränkungen
  - Gefahr der Überforderung
- Adaption Reha-Programm
- Aufklärung im Vorfeld
- Grenze der Rehabilitationsfähigkeit definieren



14

- Wir haben unsere Fachärzt\*innen nach ihrer persönlichen Einschätzung aufgrund ihrer Erfahrungen befragt, um die Perspektive der Behandler\*innen miteinzubeziehen
- Sie sehen etliche positive Aspekte –
- Als besonders positiv wird hervorgehoben, dass sowohl die älteren Menschen selbst wie auch die Mitpatient\*innen profitieren – das deckt sich auch mit den vorherigen Aussagen
- Die Zeit kann gut für eine diagnostische Abklärung und medikamentöse Einstellung genutzt werden und die Aktivierung im Zuge der Bewegungs- oder Sporttherapien trägt zur Sturzprophylaxe bei
- Aber neben diesen positiven Aspekten gibt es natürlich Herausforderungen, diese Rehabilitand\*innen sind zeitaufwändiger in der Betreuung und es besteht die Gefahr einer Überforderung
- Das Reha-Programm muss adaptiert werden – und eine gute Abklärung und Aufklärung im Vorfeld ist wichtig, damit es nicht zu Abbrüchen kommt
- Eine klare Definition für die Rehabilitationsfähigkeit wäre wünschenswert
- Ich darf Ihnen noch die Einschätzung eines/einer unserer Ärzt\*innen widergeben:
- Meine Erfahrungen sind eher positiv, da ich den Eindruck habe, dass unser

Setting ältere Menschen wieder ein Stück weit ins Leben und in soziale Kontakte zurückholen kann, gerade jetzt nach der Coronapandemie. Auch für die Mitpatientinnen ist es sehr schön, Erfahrungen dieser Menschen zu hören, sich mit anderen Lebenswelten oder Zeiten zu konfrontieren, die für jüngere Generationen fast nicht mehr vorstellbar sind. Das kann sehr bereichernd sein. Dass diese Menschen nicht mehr unter dem Druck der Arbeitswelt stehen lässt ein entspannteres Arbeiten zu. Ich halte diese Lebensphase für eine sehr wertvolle und wichtige, wo noch so viel möglich ist und die unbedingt aufgewertet werden sollte.

# Zusammenfassung / Diskussion

## Themaverfehlung oder sinnvoll?

### Rentenbezieher\*innen ...

- ... benötigen adäquate Behandlung
- ... profitieren in hohem Ausmaß von der Rehabilitation
- ... bereichern das Gruppensetting
  
- ... brechen relativ häufig ab
- ... sollten in Bezug auf Reha-Fähigkeit gescreent werden
- ... im Vorfeld hinreichend aufgeklärt werden
- ... sollten bei Bedarf ein adaptiertes Reha-Programm erhalten



15

- Ich denke wir sind uns einig, dass Rentenbezieher\*innen wie alle anderen Bevölkerungsgruppen eine adäquate Behandlung benötigen – die sollte wirklich nicht altersabhängig sein
- Ich möchte damit nicht zum Ausdruck bringen, dass die Reha eine Art Auffangbecken sein soll und dass alle Pensionsbezieher\*innen in die Reha-Einrichtungen kommen sollen
- Die Erfolge sind jedenfalls beachtlich,
- und die Antwort auf die Frage, ob es sich um eine Thema-Verfehlung handelt, oder ob es sinnvoll ist – lässt ich natürlich nicht in einem dichotomen Antwortformat
- Ich freue mich auf die Diskussion und Ihre Erfahrungen mit dieser Thematik

# Literatur

- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K. & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3>
- Hautzinger, M., Keller F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision. Manual*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Nosper, M. (2008). ICF AT-50. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (DRV-Schriften, Bd. 77, S. 127–128). Berlin.
- Pensionsversicherungsanstalt. (2022). *Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge*. Wien: Pensionsversicherungsanstalt (PV). Zugriff am Abruf: 31.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707631&portal=pvaportal>
- Pensionsversicherungsanstalt. (2022). *PV 2022. Zahlen - Daten - Fakten über die PV*. Wien: Pensionsversicherungsanstalt (PV). Verfügbar unter: <https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707631&portal=pvaportal>
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0*. Geneva.